

Aus der Frauenklinik der Freien Universität Berlin

(Städtische Frauenklinik Charlottenburg)

Direktor: Professor Dr. med. Herbert Lax

GYNÄKOLOGISCHE FEHLDIAGNOSEN BEI INTRAABDOMINALER ERKRANKUNGEN

Vergleich der präoperativen Diagnose mit den
Operationsbefunden bei 1585 Laparotomien in der
Zeit vom 1. 1. 1962 bis zum 31. 12. 1967

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

RÜDIGER ANDRASCH

aus Gera

1971

Aus der Frauenklinik der Freien Universität Berlin
(Städtische Frauenklinik Charlottenburg)

Direktor: Professor Dr. med. Herbert Lax

GYNÄKOLOGISCHE FEHLDIAGNOSEN

BEI INTRAABDOMINALLEN ERKRANKUNGEN

Vergleich der präoperativen Diagnose mit den
Operationsbefunden bei 1585 Laparotomien in der
Zeit vom 1.1.1962 bis zum 31.12.1967

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Rüdiger Andrasch

aus Gera

Referent: Prof. Dr.med. H. L a x

Korreferent: Prof. Dr.med. G. M a r t i u s



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promotionsdatum: 23.3.1971

I N H A L T

	Seite
I. EINLEITUNG	1
II. ALLGEMEINE SYMPTOMATOLOGIE UND KLINISCHE UNTERSUCHUNGSMETHODEN	6
III. GENITALE FEHLDIAGNOSEN	13
Differentialdiagnostik des Uterus myo- matosus	14
Fehldiagnosen des Uterus myomatosus	17
Differentialdiagnostik der Ovarialtumoren .	25
Fehldiagnosen der Ovarialtumoren	31
Differentialdiagnostik und Fehldiagnosen entzündlicher Adnextumoren	40
Differentialdiagnostik und Fehldiagnosen der Extrauterinen Gravidität	46
Überraschende genitale Karzinom- bzw. Sarkombefunde	54
IV. EXTRAGENITALE FEHLDIAGNOSEN	60
Fehldiagnostizierte Hämatome	62
Fehldiagnostizierte Konglomerattumoren	64
Fehldiagnostizierte Erkrankungen des Großen Netzes	67
Fehldiagnostizierte Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	69
Magenkarzinom	70
Dünndarmkarzinom	73
Dünndarmmyom	74
Appendizitis - Perityphlitis	75
Karzinoid der Appendix	79
Divertikulitis	80
Darmkonvolut im Kleinen Becken	82
Sigma-Rektum-Karzinom	83
Fehldiagnostizierte Erkrankungen der Niere, Blase und des Retroperitonealraumes	89
V. SCHLUSS	92
VI. ZUSAMMENFASSUNG	94
VII. LITERATURNACHWEIS	96

E I N L E I T U N G

Diagnostische Irrtümer sind in der Gynäkologie wie in allen anderen Fachdisziplinen relativ häufig. Sie sind aufzufassen als falsch gedeutete normale, pathologische oder auch nicht erkannte Befunde und haben ihre Ursache in einer oberflächlich erhobenen Anamnese, einer mangelhaften oder nicht erschöpfenden Untersuchungstechnik, nicht ausreichender Kenntnis der die einzelnen Krankheiten charakterisierenden Symptomatologie oder einer fehlenden Deutung und Verwertung der durch die Palpation, SpekulumEinstellung oder andere diagnostische Hilfsmittel erhobenen Untersuchungsbefunde.

Fehldiagnosen entstehen auch dadurch, daß die gynäkologische Untersuchung häufig durch eine starke Bauchdehnungsspannung oder eine ausgeprägte Adipositas erschwert und in vielen Fällen nicht durch die rektale bzw. rektovaginale bimanuelle Austastung unterstützt wird, die bei jeder retrouterinen oder parametranen Erkrankung zu fordern ist, um eine vom Rektum ausgehende Erkrankung auszuschließen; häufig aber auch dadurch, daß sich der Untersucher mit der Feststellung eines Tumors im Unterleib begnügt und seine spätere Abklärung einer Probelaaparotomie überläßt, die jedoch in einigen Fällen nicht durch den Op.-Befund gerechtfertigt wird (S.33 und S.65) und in ihrem Risiko sehr genau abgeschätzt sein will.

In der Tumordiagnostik sollte die Art und möglichst auch die Organzugehörigkeit des Tumors bereits vor der Operation festgestellt werden, um seine Abgrenzung von extragenitalen Tumoren und die Wahl des zu seiner Exstirpation günstigsten Operationsweges zu ermöglichen.

In der vorliegenden Arbeit soll anhand einer ausführlichen Darstellung und Diskussion gynäkologischer Fehldiagnosen und ihrer differentialdiagnostischen Schwierigkeiten ein Beitrag zur Vermeidung weiterer Irrtümer geliefert werden.

Die Untersuchung stützt sich auf das Laparotomiegut der Frauenklinik der Freien Universität Berlin (Städti-

sche Frauenklinik Charlottenburg) in der Zeit vom 1.1. 1962 bis zum 31.12.1967 und stellt das Ergebnis eines kritischen Vergleichs der präoperativ gestellten Diagnose mit dem per laparotomiam erhobenen Befund dar.

In der Charlottenburger Klinik kamen während dieser 6 Jahre 27 983 Patientinnen zur stationären Aufnahme, von denen 10 901 gynäkologisch behandelt wurden. Das gesamte Operationsgut umfaßte 3 902 Eingriffe, von denen wiederum 1 585, das sind 40,62% der Operationen, als Laparotomie durchgeführt wurden.

Von diesen Laparotomien erwiesen sich 167, das sind 10,53%, als echte Fehldiagnosen. Diese sollen im Folgenden unterschieden werden in genitale Fehldiagnosen, bei denen eine pathologische Veränderung wohl im Bereich des Genitale angenommen, diesem aber falsch zugeordnet wurde, und extragenitale Fehldiagnosen, bei denen ein krankhafter Befund des Genitals angenommen, dieser aber extragenital, also in der übrigen Bauchhöhle festgestellt wurde.

Bei der Durchsicht der genitalen Fehldiagnosen fiel auf, daß in einigen Fällen statt des präoperativ gutartig angenommenen Befundes postoperativ ein maligner Prozeß konstatiert wurde. Diese Fälle werden zwar in den einzelnen zu besprechenden Hauptgruppen der genitalen Fehldiagnosen angeführt, sollen jedoch zur besseren Übersicht in einem eigenen Abschnitt zusammengefaßt werden.

Nicht erfaßt wurden zahlreiche Fehldiagnosen, die sich aus der Verwechslung z.B. einer Ovarialzyste mit einer Parovarialzyste, einer Pyosalpinx mit einem Pyovar, einem Ovarialkystom mit einem Ovarialfibrom oder ähnlichen Befunden ergeben, die ohnehin fast immer der gleichen Therapie zugeführt werden und nur selten mit der Palpation oder der übrigen gynäkologischen Diagnostik sicher unterschieden werden können. Ihre Differentialdiagnostik soll daher in dieser Arbeit nicht weiter erörtert werden.

II. ALLGEMEINE SYMPTOMATOLOGIE UND KLINISCHE UNTERSUCHUNGSMETHODEN

Von der richtigen Diagnose hängen die Therapie, der Krankheitsverlauf und das weitere Schicksal der Kranken ab. Hält man sich vor Augen, daß selbst ein bösartiges Leiden bei rechtzeitiger Behandlung geheilt werden kann, wird man kein diagnostisches Hilfsmittel unversucht lassen, um das eigentliche Krankheitsgeschehen aufzudecken.

Während bis zum Ende des letzten Jahrhunderts viele Patientinnen mit der Diagnose Tumor in abdomine zur Operation kamen, dessen Organzugehörigkeit und Genese erst bei eröffneter Bauchhöhle erkannt wurde, stehen uns heute zahlreiche Untersuchungsmethoden zur Verfügung, die es ermöglichen, sich bereits vor der Behandlung ein Bild von der Lage, der Zugehörigkeit und der Ausdehnung, in manchen Fällen auch der Benignität oder Malignität und damit der Prognose des Tumors zu verschaffen. Diese Kenntnis ist notwendig, um die für die Patientin schonendste und vorteilhafteste Behandlung einzuschlagen, da z.B. jeder extragenitale oder Ovarialtumor operativ angegangen werden muß, während ein entzündlicher Prozeß der Adnexe in jedem Fall erst konservativ zu behandeln ist.

Es soll zunächst ein kurzer Überblick der klinischen Methoden gegeben werden, die für die gynäkologische Diagnostik erforderlich sind.

Anamnese: Die ausführliche Erfragung der Anamnese hat auch heute nichts von ihrer zentralen Bedeutung eingebüßt, sondern kann nicht genau genug erhoben werden. Je gründlicher und erschöpfender sie aufgenommen wird, um so mehr kann die Diagnose vom Beginn der Untersuchung an festgelegt werden.

Eine gynäkologische Anamnese soll außer der früheren Krankheitsgeschichte Alter, Stand, Zeitpunkt der Menarche bzw. Menopause, den Menstruationszyklus mit Stärke und Dauer der Blutung, vorausgegangene Geburten oder

Aborte, venerische Erkrankungen und Auftreten von Fluor, Miktions- oder Defäkationsbeschwerden enthalten. Man wird feststellen, ob und wo die Schmerzen lokalisiert sind, ob sie vor oder nach der Blutung, seit der Menarche oder erst seit kurzer Zeit aufgetreten sind.

Schmerzen in der Mitte des Unterbauches deuten im allgemeinen auf Erkrankungen des Uterus oder Adhäsionsbeschwerden nach vorausgegangenen Operationen hin, Schmerzen auf der linken Seite lassen an Obstipationen und Divertikel des Sigma, nach Amenorrhoe und erneuter Blutung an eine extrauterine Gravidität oder einen Abort denken, bei Schmerzen auf der rechten Seite, die differentialdiagnostisch sehr viel schwieriger zu unterscheiden sind, wird man eine subakute, akute oder chronische Appendizitis, eine Adnexitis, eventuell einen perityphlitischen Senkungsprozeß, eine EU bzw. einen Abort in Erwägung ziehen.

Schmerzen, die oberhalb einer vom oberen vorderen Darmbeinstachel gezogenen Linie zum Nabel auftreten, gehen gewöhnlich nicht vom Genitale aus. Hier kommen differentialdiagnostisch Appendizitis, Epityphlitis, Ileitis terminalis, Colitis ulcerosa, Hernien, Veränderungen der Bauchdecken oder eine Cholezystitis in Frage.

Heftige Menorrhagien verweisen auf einen Uterus myomatosus, Blutungen und Beschwerden in der Postmenopause auf ein Karzinom des Uterus.

Man erhält also bereits während des ersten Gesprächs einen recht guten Eindruck vom Krankheitsgeschehen und wird dementsprechend den weiteren Verlauf der Diagnostik festlegen.

Gynäkologische Untersuchung: Am Anfang jeder Untersuchung, die sich immer auf den ganzen Menschen ausdehnen muß, steht die meist zu wenig geübte Inspektion des Kranken.

Starke Asymmetrien des Unterbauches lassen einen raumfordernden Prozeß vermuten, der ebenso wie Schmerzen und Spannungen im Unterbauch die Abdominalatmung

verhindert und zu einer reinen Thorakalatemung führt. Sichtbare peristaltische Wellen deuten auf eine Behinderung der Darmpassage. Wichtig ist auch die Feststellung einer Anämie, die den Verdacht einer größeren Blutung nahelegt. Zur Differentialdiagnostik zwischen Aszites und einem großen Ovarialkystom bedient man sich der Perkussion, die bei einem Kystom im Gegensatz zum Aszites nach Lage- oder Stellungswechsel keinen veränderten Dämpfungsbefund ergibt. Manchmal gelingt es auch mit Hilfe der Perkussion, Konglomerate, die bei der Palpation als Tumor imponieren, als harmloses Darmpaket oder ein herabgesunkenes Megakolon zu diagnostizieren.

Erst wenn man sich über den Allgemeinzustand und die äußerlichen Veränderungen der Kranken informiert hat, geht man zur kombinierten bimanuellen Tastung der Genitalorgane über, die vor allem von VELPEAU in den dreißiger Jahren des letzten Jahrhunderts in Frankreich entwickelt, aber erst seit 1864 von SCHULTZE in Jena weiter ausgearbeitet und zur allgemeinen Diagnostik herangezogen wurde.

Die bimanuelle Tastung vermittelt ein recht vollständiges Bild der Beckenorgane. Die Qualitäten des Uterus, seine Größe, Lage, Gestalt, Beweglichkeit und Konsistenz lassen sich gut beurteilen. Rechts und links neben diesem fühlt man als kleinpflaumengroße Gebilde die Ovarien. Die gesunden Tuben lassen sich nur bei dünnen Bauchdecken als bleistiftdicke Stränge tasten, die von den Fundusecken zu den Ovarien ziehen.

Die rektale Untersuchung vervollständigt den vaginalen Befund. Sie läßt bei krankhaftem Befund die Ausdehnung eines Myoms, eines Karzinoms oder einer Entzündung nach hinten besser erkennen. Der rektal untersuchende Finger gelangt sehr viel höher in das Becken, erreicht leichter die seitliche und hintere Beckenwand und vermag die ganze Uterushinterwand abzutasten. Oftmals entscheidet erst die rektale Untersuchung, ob ein Tumor vom Knochen oder vom Rektum ausgeht oder ob er im Douglas liegt.

Fette Bauchdecken, Kotballen und die gefüllte Blase verfälschen den Tastbefund und können zu Verwechslungen

führen, die des öfteren schon als Indikation zur Operation angesehen wurden. Es empfiehlt sich daher, vor jeder Untersuchung eine gründliche Entleerung durchführen zu lassen.

Manchmal gelingt es, besonders bei adipösen Bauchdecken oder starker Abwehrspannung, erst durch die Untersuchung in Narkose einen Befund zu erheben. Diese Form der Untersuchung führt eine maximale Entspannung der Patientin herbei und läßt viele Veränderungen besser erkennen. Sie sollte jedoch nicht generell als Routineuntersuchung herangezogen werden, da die Patientin während der Palpation wertvolle Hinweise über Schmerzhaftigkeit, Druckempfindlichkeit und Lokalisation der Beschwerden geben kann, die für die Diagnose oftmals entscheidend sind. Vorteilhaft ist die Untersuchung in Narkose aber immer vor Beginn einer Operation, damit sich der Operateur noch einmal von dem erhobenen Befund und den räumlichen Verhältnissen im Operationsgebiet überzeugen kann.

Zur gynäkologischen Untersuchung gehört selbstverständlich auch die SpekulumEinstellung, die für die Tumordiagnostik eine zweifache Bedeutung besitzt: Sie erlaubt einen vollständigen Überblick über die anatomischen Gegebenheiten von Vagina, Portio und Muttermund und schafft die Voraussetzungen für die diagnostisch wichtigen Untersuchungen wie Abrasio, zytologischen Abstrich, Kolposkopie und Douglasspunktion.

Diagnostische Untersuchungsverfahren: Für die feinere Diagnostik steht eine Vielzahl von Techniken zur Verfügung, von denen hier nur die wichtigsten genannt werden sollen.

KASTENDIECK empfiehlt zur Abgrenzung der Ovarialtumoren gegenüber anderen Genitalgeschwulsten wie Myomen oder entzündlichen Adnextumoren die Prüfung des SCHULTZESCHEN ZEICHENS, das bei Zug an der Portio mit einer Kugelzange die Frage beantworten soll, ob der Tumor dem Zug folgt und damit dem Uterus angehört oder nicht. In der letzten Zeit wurde dieses Verfahren jedoch mehr und

mehr verlassen, da es selbst bei vorsichtiger Ausführung noch schmerzhaft und seine diagnostische Aussagekraft nicht überzeugend ist. Die Beweglichkeit des Tumors läßt sich nach STOECKEL (LAX) ebenso gut prüfen, indem man einen Finger an die Portio legt und mit der freien Hand den Tumor in das Hypogastrium zu drängen versucht. Verändert sich dabei die Lage der Portio nicht, so wird die Geschwulst ein Ovarialtumor, evtl. ein gestieltes Myom sein.

Auch die Uterussondierung nach SIMPSON, mit der man sich früher eine Vorstellung über pathologische Veränderungen und Lage des Uterus zu machen versuchte, wird heute nicht mehr angewendet.

Von entscheidender Bedeutung für die Erkennung der Frühstadien des Portio-Karzinoms ist die von HINSELMANN 1924 eingeführte Kolposkopie. Sie erlaubt nach Entfaltung der Vagina die Betrachtung der Portiooberfläche in einer 10- bis 20fachen Vergrößerung und kann so zur Aufdeckung atypischer Epithelveränderungen führen und zu weiteren diagnostischen Untersuchungen, z.B. der Probeexzision, Anlaß geben, die am geeignetsten unter kolposkopischer Sicht durchgeführt wird.

Ein weiteres Suchverfahren der Karzinomdiagnostik ist die von N. PAPANICOLAOU und H.F. TRAUT 1941/43 beschriebene Zytodiagnostik des Scheidenabstriches, die aus den abgeschilferten Zellen der Scheide bzw. Portio mit hoher Wahrscheinlichkeit die Verdachtsdiagnose eines Karzinoms ermöglicht.

Die diagnostische Ausschabung des Uterus erlaubt neben der histologischen Aufarbeitung des Geschabsels die Austastung und damit Aussagen über Rauigkeiten, hervorspringende Myomknoten oder Verziehungen des Cavum uteri und wird zur Differentialdiagnostik aller azyklischen Blutungen durchgeführt.

Die Douglaspunktion vom hinteren Scheidengewölbe aus vermag oft einen unklaren Adnexbefund zu entscheiden. Aspiriert man Blut, so deutet dieser Befund auf eine in den Douglas herabgesunkene Haematozele oder

eine extrauterine Schwangerschaft, die jedoch auch bei der Gewinnung von wenig geronnenem Blut oder einem negativen Funktionsergebnis vorliegen kann. Eine klare Flüssigkeit spricht für eine Ovarialzyste, Eiter für eine Pyosalpinx oder ein Douglassexsudat.

Ergibt die bimanuelle Tastung keinen sicheren Befund, so kann die Laparoskopie wertvolle diagnostische Hinweise liefern und die Probelaparotomie ersetzen. Es lassen sich während einer Laparoskopie auch Probeexzisionen entnehmen, die jedoch durch Blutungen und Eröffnung von nekrotischen oder eitrigen Herden kompliziert werden können.

Auch die Probelaparotomie zählt nach A. MARTIN zu den klassischen Untersuchungsmethoden und wird von vielen Chirurgen, besonders wenn gleichzeitig eine PE vorgenommen werden soll, bevorzugt durchgeführt. Sie ist allerdings mit allen Gefahren eines größeren Eingriffs belastet und sollte daher auch bei guten Kreislaufverhältnissen nur bedingt zur Anwendung kommen.

Die Zystoskopie ermöglicht nicht nur die Beurteilung der Blasenschleimhaut (Feststellung von Entzündungen, Schwellungen, Ödemen mit fibrinösen Auflagerungen, Fremdkörpern und Tumoren), sondern läßt auch Einziehungen bzw. Vorbuckelungen besonders im Bereich des Trigonum vesicae durch ein dahinter liegendes Karzinom der Zervix erkennen. Ein bullöses Ödem deutet auf den drohenden Einbruch eines Karzinoms in die Blase hin. Die Form der Ostien, die Beschaffenheit der Schleimhaut (evtl. eine Balkenstruktur der Blase) und die Beobachtung der Ausscheidungszeit einer intravenös gegebenen Indigokarminlösung erlauben wichtige Rückschlüsse über die Funktionsfähigkeit der Nieren und ableitenden Harnwege sowie eine evtl. vorliegende Infiltration des Trigonum vesicae.

Die röntgenologische Darstellung der Nieren und Harnwege durch das intravenöse oder retrograde Pyelogramm erleichtert das Auffinden von Nieren- oder Harnleiter-

steinen und ermöglicht die Feststellung pathologischer Erweiterungen (Hydronephrosen) und Formveränderungen bzw. Tumoren der Nieren, des Nierenbeckens und der Harnleiter. Verziehungen und Verdrängungen der Ureteren lassen unter Umständen auch Rückschlüsse auf die Organzugehörigkeit des verdrängenden Tumors zu. Die intravenöse Pyelographie stellt gleichzeitig eine Funktionsprobe der Nieren dar und liefert daher nur bei ausreichend funktionsfähigem Parenchym verwertbare Bilder, so daß sich beide Methoden ergänzen müssen.

Um Verwechslungen zwischen Genital- und Darmtumoren zu vermeiden, muß bei allen unklaren rektalen Untersuchungsbefunden, bei okkultem Blut im Stuhl, Tenesmen, Obstipation und bandförmigem Kot eine Rektoskopie durchgeführt werden. Das Rektoskop kann unter Luftaufblähung des Darms 15 bis 30 cm hinaufgeschoben werden und erlaubt somit auch einen Einblick in das Sigma.

Bei Verdacht eines höher liegenden Prozesses muß die röntgenologische Durchuntersuchung des Darms durch den retrograden Kontrasteinlauf, die Luftaufblähung des Darms und die Magen-Darm-Passage zur Diagnostik hinzugezogen werden.

Zu allen differentialdiagnostischen Erwägungen sollen auch die Blutuntersuchungen mit Bestimmung des Hämoglobingehaltes, der Thrombozyten, der Gerinnungszeit und des Differentialblutbildes herangezogen werden, wobei das letztere bei ausgedehntem Tumorzerfall oft einen Anstieg der Leukozyten zeigt. In der Regel werden jedoch eine beschleunigte BSG und erhöhte Leukozytenzahlen bei palpatorisch festgestellten Adnextumoren eher auf eine entzündliche Genese des Prozesses hinweisen. Bei ausgeprägten Anämien ist an intraabdominale Blutungen zu denken, die bei jungen Frauen vor allem den Verdacht eines langsam ablaufenden Tubarabortes nahelegen. Im übrigen findet man auch bei Tumorerkrankungen häufig eine mäßige hypochrome Anämie, die jedoch gegenüber Eisenmedikation refraktär ist. Alle diese Blutuntersuchungen müssen, sollen sie aussagekräftig sein, immer wieder kontrolliert werden.

III. GENITALE FEHLDIAGNOSEN

Die große Zahl der kasuistischen Mitteilungen und statistischen Erhebungen in der Literatur über Fehldiagnosen im Genitalbereich der Frau deutet darauf hin, wie leicht und überraschend Irrtümer zustande kommen und welche Anstrengungen unternommen werden, diese möglichst zu vermeiden. Besonders H.H. SCHMID, v.JASCHKE, NAVRATIL, GRÜNBERGER, v.MIKULICZ-RADECKI, STOECKEL, SCHREIBER, KASTENDIECK, WAGNER, DÖRR, SCHMID jun. und MICHOLITSCH wurden nicht müde, Beispiele aus ihrem Patientengut zu veröffentlichen und die Ursachen für das Verkennen der eigentlichen Erkrankung darzulegen.

Es wurde viel Mühe darauf verwandt, Untersuchungsmethoden zu entwickeln, die einen charakteristischen Prozeß als solchen erkennen lassen. Dennoch kann keine dieser Methoden eine absolute Sicherheit für sich in Anspruch nehmen. Sie alle beruhen auf einer in vielen Jahren erworbenen Untersuchungserfahrung, die sich nur bedingt weitervermitteln läßt.

Fehldiagnosen werden daher immer wieder vorkommen. Der bedeutungsvollste Grund für ihr Zustandekommen liegt wohl in der Unzugänglichkeit des Untersuchungsgebietes und der relativen Unschärfe des Palpationsbefundes. Daneben kommen weitere Ursachen in Frage, die meist auf eine fehlerhafte Diagnostik oder - nach STOECKEL - allein darauf zurückzuführen sind, daß man nicht daran gedacht hat.

Fehldiagnosen werden sich nur dann auf ein Mindestmaß reduzieren lassen, wenn man mit größtmöglicher Gewissenhaftigkeit zu Werke geht und bereit ist, aus den eigenen Fehlern zu lernen. In diesem Sinne soll diese Arbeit auch als Versuch einer Bestandsaufnahme verstanden werden.

Da jede Besprechung von Fehldiagnosen nur auf eine Gegenüberstellung mit der eigentlichen Erkrankung hinauslaufen kann, soll zunächst kurz die Differentialdiagnostik der einzelnen genitalen und in einem spä-

teren Abschnitt der extragenitalen Organbefunde besprochen werden.

D i f f e r e n t i a l d i a g n o s t i k d e s U t e r u s m y o m a t o s u s

Das Uterusmyom wächst aus sich heraus verdrängend, entwickelt sich nur während der Geschlechtsreife und liegt mit etwa 15% an der Spitze aller Gebärmuttergeschwulste. Die Zahl der Myomträgerinnen dürfte jedoch sehr viel größer sein und ist nach ESSEN-MÖLLER mit 12%, nach BAYLE und GLINN mit 20% aller Frauen zu veranschlagen. Nur etwa 4,9% (ALBRECHT) der Myomträgerinnen sind als Myomkranke zu bezeichnen, alle übrigen tragen ihr Myom ohne Beschwerden. Vor der Pubertät wurden Myome bisher nicht beobachtet, vor dem 20. Lebensjahr sind sie sehr selten. Das bevorzugte Alter liegt nach TERADA bei 40,99 Jahren, also erheblich eher, als man es früher annahm.

54,9% der Myome entwickeln sich nach TERADA intramural, 39,5% subserös, 2,5% submukös und 3,5% als gemischte Form. Der bevorzugte Sitz ist die Korpushinterwand.

Obwohl das Myom eine ausgesprochen langsam wachsende gutartige Geschwulst ist, kann es doch durch Komplikationen gefährliche Situationen herbeiführen. Viele Myome brauchen keine Behandlung und bilden sich nach der Menopause zurück. Als Indikation zur Operation gelten nur stärkere Beschwerden, plötzliche Größenzunahme, Verdrängungserscheinungen, Stieldrehung, nekrotische Erweichung und verstärkte zyklische oder azyklische Blutungen.

Die Mehrzahl der Myome bereitet keine Schmerzen. Ausnahmen bilden schnell wachsende Myome infolge von unregelmäßigen Kontraktionen des Uterus, durch Dehnung ihrer muskulären Kapsel und des über sie hinwegziehenden Peritoneums, stielgedrehte und erweichte Myome.

Ischiasartige Beschwerden können durch Myome der Hinterwand, der Parametrien und infolge von Einklemmung

hervorgerufen werden. Je größer die Myomknollen werden, desto mehr machen sich Verdrängungs- und Druckerscheinungen bemerkbar, die sich bis auf den Magen und das Herz auswirken können. Myome der Vorderwand können einen Druck auf die Blase ausüben und so zu dauerndem Harndrang und kolikartigen Entleerungsbeschwerden führen. Bestehen bei einem entsprechenden Tastbefund zugleich starke Schmerzen und Fieber, so kann dies ein Hinweis auf einen durch Stieldrehung, Vereiterung oder Nekrose komplizierten Uterus myomatosus sein.

Für die Diagnose eines Uterus myomatosus ist es wichtig, die Beziehung des Tumors zur Gebärmutter festzustellen. Verlängerte Regelblutungen, Meno- und Metrorrhagien lassen an ein submuköses Myom denken, intramurale Myome können zu einer Verziehung und allgemeinen Vergrößerung des Uterus führen, so daß bei schnell wachsendem Uterus des öfteren schon Verwechslungen mit einer Schwangerschaft beschrieben wurden.

Große differentialdiagnostische Schwierigkeiten treten bisweilen bei der Erweichung eines oder mehrerer Myomknoten gegenüber zystischen Ovarialtumoren auf, die sich in ihrer Konsistenz sehr ähneln können. Die Konsistenz bietet also keinen eindeutigen Hinweis auf einen Uterus myomatosus.

Geht ein Myom von der Hinterwand des Uterus aus, so kann es sich in den Douglas entwickeln und hier als derber, kaum beweglicher Knoten gefühlt werden, während die Portio, bisweilen verkürzt oder abgeflacht, hinter oder oberhalb der Symphyse steht und nach HEYNEMANN mit dem tastenden Finger kaum zu erreichen ist.

Ein subseröses Myom wird dann relativ leicht erkannt, wenn es durch einen mehr oder weniger breiten Stiel mit dem Uterus verbunden ist. Ist ein Stiel tastbar und läßt er sich bis zu einer Fundusecke verfolgen, so liegt der Verdacht eines Ovarialtumors nahe; nimmt er dagegen seinen Ausgang von einem anderen Teil des Uterus, so wird man eher an ein gestieltes Myom denken. In vielen Fällen versagt aber dieser Hinweis, da bei

manchen subserösen Myomen ein Stiel überhaupt fehlt und diese dem Uterus breitbasig aufsitzen oder weil bei größeren bzw. erweichten Tumoren ein Stiel nicht mehr herauszutasten ist. Hier hilft manchmal die Prüfung der Verschieblichkeit des Tumors gegenüber dem Uterus.

Zervixmyome lassen sich gelegentlich durch ihre Beziehung zum Lig. sakrouterinum vom Korpusmyom abgrenzen, von der man durch die rektale Untersuchung eine Vorstellung erhält. Sie sind relativ selten, müssen jedoch immer an das eventuelle Vorliegen eines Kollumkarzinom denken lassen.

Intraligamentäre Myome sind durch ihre völlige Unverschieblichkeit ausgezeichnet und können dadurch auffallen, daß sie bei entsprechender Größe den Uterus zur entgegengesetzten Seite abdrängen.

Zur Unterscheidung des Myoms gegenüber chronischen Adnextumoren, größeren Hydrosalpingen oder Tuboovarialzysten muß man auf die bereits besprochenen Untersuchungen zurückgreifen, nur daß hier der Anamnese und der Hysterosalpingographie eine größere Bedeutung zukommt. Letztere dient auch der Erkennung von Uterusmißbildungen, d.h. eines Uterusseptums oder eines Uterus bicornis, der bisweilen durch ein an der seitlichen Tubenecke ansetzendes Myom vorgetäuscht werden kann.

Hydro-, Hämato- und Pyosalpingen fallen durch ihre Druckempfindlichkeit und prall elastische Konsistenz auf. Zudem werden alle entzündlichen Erscheinungen von Fieber und entsprechenden Blutbildveränderungen begleitet. Nicht selten kommen jedoch Myome und Adnex- bzw. Ovarialerkrankungen auch gleichzeitig vor, so daß sich beide Symptomenkomplexe überschneiden.

Von der Hinterwand des Uterus ausgehende Myome werden manchmal auch mit einem Douglasabszeß oder einer retrouterinen Hämatozele verwechselt, besonders wenn diese bereits verschwartet sind. Douglasprozesse lassen sich im Gegensatz zu den Myomen weniger scharf von ihrer Umgebung abgrenzen, können aber oft durch die Punktion erkannt werden.

Gelegentlich kann auch eine extrauterine Gravidität einen Myomknoten vortäuschen. Die genaue Beachtung der Regelanamnese, der neben dem Uterus getastete Tumor und die positive Douglasspunktion als Zeichen einer intraabdominalen Blutung werden diese Fehldiagnose meist vermeiden lassen.

Adenomyome verursachen dysmenorrhoeische Beschwerden. Nekrotische, vereiterte, verjauchte und stielgedrehte Myome sind von starken Schmerzen, Druckempfindlichkeit im Unterleib, peritoneale Reizung, Hinfälligkeit, Übelkeit, Erbrechen, hohes Fieber mit Schüttelfrost und raschem Puls, Leukozytose und erhöhter BKS begleitet. Sie kommen nur selten vor, müssen dann aber aus vitalen Gründen besonders schnell und sicher diagnostiziert werden.

Fehldiagnosen des Uterus myomatosus

In der Zeit vom 1.1.1962 bis zum 31.12.1967 wurden in der Berliner Frauenklinik 532 Patientinnen unter der Diagnose eines Uterus myomatosus operiert. Von diesen 532 Fällen erwiesen sich 56, das sind 10,53%, als Fehldiagnosen, die ihre Erklärung erst bei eröffnetem Abdomen fanden. Statt eines Uterus myomatosus wurden die in Tabelle I aufgeführten Befunde festgestellt.

An der Spitze der Fehldiagnosen stand mit 29 Fällen, das sind 53,7%, die Verwechslung des Uterus myomatosus mit den verschiedenen Formen der Ovarialtumoren, deren Differentialdiagnostik immer besondere Schwierigkeiten bereitet. DUCNINGS beobachtete in einer ähnlichen Untersuchung sogar eine Fehlerquote von 61,4%.

Es sollen jeweils einige charakteristische Fälle herausgegriffen und anhand dieser Beispiele diskutiert werden, welche Ursachen für das Zustandekommen dieser Fehldiagnosen anzuschuldigen sind und welche anamnesti-

Tab.I: Fehldiagnosen des Uterus myomatosus

- 29 Ovarialtumoren, diese gliederten sich in
- 18 Zystische Ovarialtumoren
 - 4 Ovarialfibrome
 - 4 Schokoladenzysten des Ovars
 - 1 Ovarialkarzinom
 - 1 Rethotelsarkom und
 - 1 Dermoidkystom des Ovars
 - 6 Tuboovarialzysten
 - 4 Hämato-Saktosalpingen
 - 4 Entzündliche Adnextumoren
 - 4 Konglomerattumoren
 - 3 Korpuskarzinome
 - 1 Plattenepithelkarzinom der Endozervix
 - 1 Parovarialzyste
 - 1 Salpingitis tuberculosa
mit zusätzlichem Endometriumkarzinom
 - 1 Massiver Netzipfel
 - 1 Herabgesunkenes Zökum
 - 1 Intakte Gravidität
mit vereinzelt kleinen Myomknoten des Uterus
-

schen oder klinisch-diagnostischen Erhebungen solche Fehlschlüsse vermeiden ließen.

Uterus myomatosus - zystischer Ovarialtumor

Fall 1: D.H., 51 J.

Krankenblatt Nr. 2282/65, Menarche mit 12 J., Menopause mit 37 J., Menses 28/2-3 Tage.

Anamnese: Myomenukleation mit 38 und 43 J., seit Wochen gelblicher Ausfluß und zunehmende diffuse Unterleibsschmerzen.

Gynäkologische Untersuchung: Descensus vaginae ant. und post., kleiner Zervikalpolyp, Uterus mannskopfgroß mit zahlreichen Myomknoten, Adnexe bds. frei.

Chromozystoskopie: Im Trigonumbereich etwas verstärkte Gefäßzeichnung, sonst unauffälliger Befund.

Diagnose: Verdacht auf Myomrezidiv.

Operativer Befund: Breitflächige Verwachsungen des großen Netzes mit der Bauchwand. Linksseitig ein doppeltmannskopfgroßer intraligamentär entwickelter zystischer Ovarialtumor, rechts ein zystisch verändertes Ovar. Uterus klein-atrophisch.

Fall 2: B.H., 58 J.

Krankenblatt Nr. 2483/64, Menarche mit 14 J., Menopause mit 42 J., 1 Partus, 1 Abortus.

Anamnese: Myomenukleationen mit 25 und 42 J., jetzt häufiger Harndrang, seit 2 Wochen Größenzunahme des linken Unterbauches, keine Schmerzen.

Gynäkologische Untersuchung: Portio nicht eindeutig einstellbar infolge hinterer Scheideneinengung, Uterus kindskopfgroß, derbknollig, kaum beweglich, im Bereich der rechten Adnexe zwei kirschgroße derbe Knoten (Myome?), linke Adnexe nicht beurteilbar.

Zystoskopie: Balkenblase, Vorwölbung der Blasen-schleimhaut von oben rechts, linkes Ostium nach oben verzogen, normale Ausscheidungsverhältnisse.

Diagnose: Rezidiv eines Uterus myomatosus.

Operationsbefund: Der ganze Unterbauch ist mit großgekamerten zystischen Ovarialtumoren ausgefüllt, die sich intraligamentär entwickelt haben. Zustand nach supravaginaler Uterusamputation.

In beiden Fällen führten die Angaben früherer Myomoperationen zur Fehldiagnose eines Uterus myomatosus. Sie sind Beispiele dafür, daß selbst eine ausführlich erhobene Krankengeschichte, die oftmals entscheidend zur Klärung des Krankheitsgeschehens beitragen kann, Anlaß zu Fehlentscheidungen geben kann, wenn sie nicht genügend objektiviert wird. In beiden Fällen ist die Fehldiagnose auf einen fehlerhaft vollzogenen Analogieschluß zurückzuführen. Beide Fehldiagnosen hätten wahrscheinlich vermieden werden können, wenn man das Alter der Patientinnen und besonders den Umstand, daß beide sich bereits mehr als 10 Jahre in der Postmenopause befanden, entsprechend berücksichtigt hätte. Ein Myomrezidiv wäre dann sehr unwahrscheinlich gewesen.

Uterus myomatosus - Tuboovarialzysten, Parovarialzyste

Fall 3: F.U., 37 J.

Krankenblatt Nr. 3495/65, Menarche mit 10 J., letzte Regel vor 14 Tagen, Menses 28/3-4 Tage, 1 Partus.

Anamnese: Seit 6 Wochen Übelkeit und Erbrechen. Daraufhin Einweisung in ein Krankenhaus für Innere Medizin zur Durchuntersuchung. Überweisung in die Univ.-Frauenklinik wegen stechender Unterleibsschmerzen und nach unten gerichtetem Druckgefühl.

Gynäkologische Untersuchung: Geringer Descensus beider Scheidenwände, Portio mit mehreren Retentionszysten. Uterus mannsfaustgroß, nach hinten ausladend, beweglich. Adnexe beiderseits frei. Rektal gleicher Befund. Die Untersuchung ist durch eine erhebliche Adipositas erschwert.

Diagnose: Uterus myomatosus.

Operationsbefund: Uterus normal groß. Die linken Adnexe sind in eine gut hühnereigroße Tuboovarialzyste umgewandelt, die mit Sigma und Uterus verbacken ist. Die rechten Adnexe sind in den Douglas geschlagen und dort adhärent.

Fall 4: B.G., 43 J.

Krankenblatt Nr. 1478/64, Menarche mit 11 J., Menses 23/4 Tage, letzte Regel vor 14 Tagen.

Anamnese: Seit 3 Wochen unbestimmte Beschwerden im Unterleib.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus normal groß, in Streckstellung, beweglich. Hinter ihm im Douglas ein apfelgroßer derber, festverbackener Tumor.

Zystoskopie: Blasenhinterwand und oberer Trigonumbereich höckerig vorgewölbt, Ureterwülste nach beiden Seiten verdrängt und nach außen gerichtet.

Diagnose: In den Douglas entwickelter Myomknoten.

Operationsbefund: Uterus etwas vergrößert, von derber Konsistenz. Auf dessen Rückwand ein etwa apfelgroßes Myom. Die Adnexe sind beiderseits in über gänseeigroße Tuboovarialzysten umgewandelt.

Fall 5: H.H., 42 J.

Krankenblatt Nr. 811/63, Menarche mit 12 J., Menopause mit 42 J. Mit 28 J. eine Fehlgeburt.

Anamnese: Seit einigen Wochen unbestimmte Unterleibsbeschwerden.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus dextroponiert, etwa Faustgroß. Adnexe beiderseits frei.

Zystoskopie: Geringe multiple Eindellungen der Blasenhinterwand.

Diagnose: Uterus myomatosus.

Operationsbefund: Breitflächige Verwachsungen, rechts eine faustgroße, tief intraligamentär sitzende Parovarialzyste.

In den letzten 3 Fällen handelte es sich um Retentionszysten, die wegen ihrer weichen Konsistenz und geringen Wandspannung häufiger nicht entdeckt werden. In Fall 3 ist die Fehldiagnose durch die starke Adipositas zu erklären, die oftmals einen genauen Tastbefund unmöglich macht. Die richtige Entscheidung wurde ferner

durch die ausgedehnten Verwachsungen verschleiert. In Fall 4 fällt auf, daß der Untersucher wohl den in seiner Konsistenz festen, nach hinten ausladenden Myomknoten erkannte, nicht aber den weit größeren, in der Konsistenz weichen Adnexprozeß erfaßte, der wahrscheinlich die Beschwerden der Patientin auslöste. Fall 4 ist ein Beispiel für viele andere, bei dem neben dem durch den Operationsbefund bestätigten Tastbefund ein weit größerer Zusatzbefund festgestellt wurde, der zwar der präoperativen Diagnostik entgangen ist, aber doch das Krankheitsgeschehen entscheidend mitbeeinflusst hat. In Fall 5 hätte die Dextroposition des Uterus auf einen intraligamentären Prozeß hinweisen können.

Uterus myomatosus - Endometriosezyste

Fall 6: F.B., 48 J.

Krankenblatt Nr. 2261/62, Menarche mit 13 J., Menses 28/4-6, letzte Regel vor einer Woche.

Anamnese: Die Patientin leidet seit Jahren an Schmerzen im Unterleib und schmierigem Ausfluß. Die Beschwerden treten 5 Tage vor der Regel und bei körperlicher Anstrengung vermehrt auf. Vor 3 Jahren wurde ein linksseitiger entzündlicher Adnextumor festgestellt.

Gynäkologische Untersuchung: Schmierblutung aus dem ZK. Der Uterus ist in einen nach links ausladenden Uterus myomatosus umgewandelt. Kindskopfgröße, mehrknollig-derbe Beschaffenheit. Linke Adnexe und Parametrium frei, auf der rechten Seite Verwachsungsstränge.

Zystoskopie: Chronische Trigonumzystitis, normale Abflußverhältnisse.

Operationsbefund: Doppelt faustgroße prall elastische, intraligamentär entwickelte Endometriosezyste und Hämatosalpinx links.

Fall 7: M.I., 34 J.

Krankenblatt Nr. 12/64, Menarche m. 13 J., Menses 6-8 Wo/6 Tage, letzte Regel vor 3 Wochen, 2 Geburten.

Anamnese: Seit 2 J. zunehmend krampfartige Schmerzen im Unterbauch, starke Blähungen u. Fluor. Seit kurzer Zeit Zunahme des Unterleibsumfanges.

Gynäkologische Untersuchung: Etwa kindskopfgroßer mobiler Uterus, Adnexe beiderseits frei.

Zystk.: D. ganze Blasen hinterwand kugelig vorgewölbt.

Diagnose: Uterus myomatosus.

Op.-Bfd.: Ut. norm.gr., hinter ihm eine etwa doppelt faustgr. Teerzyste, z.T. interlig. entwickelt, vom linken Ovar ausgehend.

Beide Beispiele zeigen eine Symptomatik, die eine Endometriose sehr nahelegt. In beiden Fällen, besonders aber in Fall 6 hätte die Anamnese die richtige Spur weisen müssen. Erworbene dysmenorrhoeische Beschwerden, die jeweils einige Tage vor der Regel einsetzen, sind immer verdächtig auf eine Endometriose. Fall 7 ist ähnlich gelagert. Auch hier hätte der Beginn der Beschwerden vor erst 2 Jahren, die unregelmäßigen Periodenblutungen und die krampfartigen Unterleibsschmerzen mit allmählicher Umfangszunahme des Unterleibes an einen endometriotischen Prozeß denken lassen müssen, besonders wenn in der Anamnese gezielter nach dem Einsetzen der Schmerzen und ihrem heftigsten Auftreten gefragt worden wäre. Es fehlt ferner in beiden Fällen die rektale Untersuchung der Patientinnen, die eventuell aufgrund der besonderen Schmerzhaftigkeit des Douglas bei endometriotischen Herden die richtige Diagnose ermöglicht hätte.

Uterus myomatosus - Ovarialfibrom

Fall 8: G.G., 57 J.

Krankenblatt Nr. 2744/64, Menarche mit 12 J., Menopause mit 51 J.

Anamnese: Seit 1 1/2 Jahren Unterleibsschmerzen, die sich besonders in die Mitte und auf die linke Seite projizieren.

Gynäkologische Untersuchung: Gut faustgroßer, knollig veränderter Uterus.

Zystoskopie: Blasenfundus stark vorgewölbt, rechts und links vom Trigonum Ausbildung von Pseudorezessus.

Diagnose: Uterus myomatosus.

Operationsbefund: Breite Adhäsionen des großen Netzes mit der vorderen Bauchwand. Das Colon sigmoideum ist über das Genitale gezogen und zeigt Verwachsungen mit der Blase. Links ein faustgroßes derbes Ovarialfibrom, das tief in den Douglas hineinreicht.

Diese Art der Fehldiagnose ist nicht ganz selten, da sich ein derber Ovarialtumor, besonders als Fibrom oder Dermoid, das auch Zähne oder Knochenstückchen enthalten kann, nicht von einem derben subserösen Nyom unterscheiden läßt. In diesem Fall wurde zudem die Diagnose durch die herabgesunkenen und verwachsenen Darmteile

erschwert. Eventuell hätte auch hier die rektale Untersuchung weitergeholfen.

Uterus myomatosus - Intakte Gravidität mens V
bei bekanntem Uterus myomat.

Fall 9: G.L., 41 J.

Krankenblatt Nr. 4043/65, Menarche mit 13 J., letzte Regel vor 4 Monaten am 12.7.65., 2 Geburten.

Anamnese: Bis Mitte Juli fanden normale Regelblutungen statt, die bis September 65 unregelmäßiger wurden. Die Blutungen wurden stärker und waren von ziehenden Schmerzen im Unterleib begleitet. Während dieser Zeit bemerkte die Patientin eine deutliche Zunahme ihres Leibesumfanges und klagte über Inkontinenz und häufigen Harndrang. Die Patientin ist der Poliklinik seit längerer Zeit bekannt und wird wegen eines Uterus myomatosus ständig kontrolliert. Im Oktober wurde ein auffallendes Wachstum festgestellt. Da die Beschwerden nicht nachließen und im November erneut Blutungen auftraten, wurde die Pat. zur Op. aufgenommen.

Operationsbefund: Neben einem mehrknollig veränderten Uterus myomatosus besteht eine intakte Gravidität mens V. Der kindliche Kopf ist gut zu fühlen. Eine Punktion des Uterus ergibt eine seröse Flüssigkeit, die sich als Fruchtwasser erweist. Abbruch der Op. - Die Schwangerschaft verlief ungestört.

Ähnliche Fälle sind in der Literatur mehrfach beschrieben worden; es ist sogar vorgekommen, daß eine intakte Gravidität bei myomatös verändertem Uterus erst nach dessen Exstirpation erkannt wurde (LAX, persönliche Mitteilung).

Fall 9 ist wieder ein Beispiel dafür, daß der diagnostische Blick trotz ausführlicher Anamnese bei einem bekannten Befund oft allzu sehr auf diesen fixiert ist, selbst wenn neu hinzutretende Symptome nicht in das Krankheitsbild der gestellten Diagnose passen. Hätte man nur einmal an die Möglichkeit einer Gravidität gedacht und sowohl die etwas auffällige Regelanamnese als auch das immerhin noch gebärfähige Alter der Patientin in die diagnostischen Erwägungen mit einbezogen, so wäre es sicher nicht schwer gewesen, den wahrscheinlich vorhanden gewesenen Verdacht eines Uterus-sarkoms zu entkräften und sowohl die Beschwerden als

auch die Zunahme des Leibesumfanges der Patientin ohne Laparotomie durch einen einfachen Schwangerschaftsnachweis zu erklären.

In diesem wie in vielen anderen Fällen hat der Eingriff keine weiteren Folgen für die Patientin gehabt; er bedeutet aber dennoch eine Belastung und ein erhöhtes Risiko, das bei einer genaueren Diagnostik vermeidbar gewesen wäre.

Uterus myomatosus - Stieldrehung eines zystischen Ovarialtumors

Fall 10: G.A., 66 J.

Krankenblatt Nr. 2424/62, Menarche mit 12 J., Menopause mit 50 J.

Anamnese: Seit 4 Monaten Leibschmerzen, die sich seit 2 Tagen erheblich verstärkt haben.

Gynäkologische Untersuchung: Mäßiger Deszensus beider Vaginalwände, bohnen großer Zervixpolyp. Uterus kindskopfgroß, derb, glattwandig, kaum beweglich; dem Uterus aufliegend ein kleinmandarinengroßer Tumor. Parametrien beiderseits frei.

Zystoskopie: Blasen hinterwand deutlich vorgewölbt, normale Ausscheidungsverhältnisse.

Diagnose: Großer Uterus myomatosus.

Operationsbefund: Es stellt sich ein etwa kindskopfgroßes knotiges, teils solides, teils zystisch verändertes Ovarialfibrom links dar, das zweimal im Uhrzeigersinn um seinen Stiel gedreht ist. Das rechte Ovar ist makroskopisch o.B., zusätzlich Verwachsungen des normal großen Uterus mit dem Rektum.

In Fall 10 hätte eine genauer erhobene Anamnese, die bei bestehendem Verdacht einer akuten Stieldrehung eines Myoms oder eines Ovarialtumors auch die Bewegungsabläufe der letzten Tage mit erfassen sollte, die Richtung für die spätere Diagnose weisen müssen. Schmerzen, die sich in der letzten Zeit akut verstärkt haben, müssen solange als Stieldrehung bzw. Tubarruptur angesehen werden, bis der Befund andersartig abgeklärt ist.

Die Stieldrehung, die in 15 bis 20% aller Ovarialtumoren (PSCHYREMBEL) vorkommt, ist in der Regel durch den akuten schmerzhaften Beginn infolge einer Zerrung des Peritoneums im Bereich des Stiels sowie einer spä-

teren peritonealen Reizung im Bereich des nekrotischen Tumors, durch den peritonealen Schock mit Schweißausbruch, Übelkeit, reflektorischem Erbrechen sowie durch die Abwehrspannung der Bauchdecken, besonders auf der Seite des gedrehten Tumors als Zeichen einer Durchwanderungsperitonitis gekennzeichnet. Nicht immer müssen die Symptome so ausgeprägt sein; es ist jedoch anzunehmen, daß sie, wenn auch wegen des etwas höheren Alters der Patientin eventuell in mitigierter Form, in Fall 10 vorgelegen haben und nicht zu der eigentlichen Diagnose verarbeitet wurden.

D i f f e r e n t i a l d i a g n o s t i k d e r O v a r i a l t u m o r e n

Der Eierstock ist das Organ mit den zahlreichsten und vielgestaltigsten Geschwülsten. Entwickelt sich ein Ovarialtumor in die freie Bauchhöhle, so ist er durch einen Stiel mit der Gebärmutter verbunden. Dieser Stiel wird gebildet aus den normalen Verbindungen des Ovars mit dem Uterus: dem Lig. proprium ovarii, dem Mesovar und der Mesosalpinx. Der Eileiter selbst gehört nicht zum Stiel, kann aber indirekt, über den Tumor hinwegziehend, mitwachsen.

Länge und Breite eines Stiels können stark variieren; es sind Stieldurchmesser beschrieben worden, die zwischen 2 und 20 cm differieren (v.WERLHOF). Je länger und schmaler ein Stiel ist, um so größer wird die Gefahr seiner Stieldrehung.

Entwickelt sich ein Tumor von den basalen Anteilen des Ovars zum Mesovar hin - dies trifft in 10 bis 12% aller Ovarialtumoren zu (v.WERLHOF) -, so schiebt er sich zwischen die Blätter des Mesovarium und Lig. latum und liegt dann intraligamentär. Gelegentlich dringt der Tumor bis auf den Beckenboden vor und kann die Blase und den Uterus erheblich zur anderen Seite ab-

drängen. Wie schwierig unter diesen Umständen die Diagnose eines intraligamentär entwickelten Ovarialtumors wird, beleuchtet eine Aufstellung über 72 Tumoren, von denen nur 7% vor der Operation richtig erkannt wurden (v.WERLHOF).

Verklebt oder verwächst ein Ovarialtumor sekundär mit dem Peritonealüberzug des Lig. latum oder den parietalen Bauchfellanteilen, so entsteht ein pseudo-intraligamentärer Tumor, der infolge der Verklebungen oder Verwachsungen seine Verschieblichkeit und damit die typischste Eigenschaft eines Ovarialtumors verloren hat.

Ovarialtumoren haben meist eine unregelmäßig runde bis ovale Form, ihre Oberfläche ist bei einkammerigen Kystomen glatt, bei mehrkammerigen Kystomen lassen sich bisweilen zusätzlich kleinere und größere Höcker feststellen, die durch Furchen voneinander getrennt sind. Ihre Konsistenz kann bei soliden Geschwulsten äußerst hart, bei Kystomen oder mehrkammerigen Tumoren mit dünnwässrigem, schleimig-zähem, schmierig-fettigem oder blutigem Inhalt prall elastisch bis weich und schlaff sein.

Ovarialtumoren können, besonders wenn es sich um maligne Tumoren handelt, auch doppelseitig auftreten. Der Anteil maligner Geschwulste wird in der Literatur mit 8,2 bis 22,3% aller Ovarialtumoren angegeben (H.H.SCHMID).

Bei Frauen im geschlechtsreifen Alter müssen Ovarialtumoren von einer Gravidität abgegrenzt werden. Die Geschwülste wachsen in der Regel langsamer als der schwangere Uterus und geben sich meist nur in einer schmerzlosen Zunahme des Leibesumfanges zu erkennen.

Heftige Schmerzen treten nur bei komplizierten Ovarialtumoren auf. Es handelt sich dann meist um eine Stieldrehung, die in 15 bis 20% aller beweglichen Tumoren auftritt (LAX), oder seltener um eine Inkarceration des Tumors im kleinen Becken.

Treten Schmerzen kurz vor, während oder auch kurz nach der Periode auf, so muß dies bei entsprechendem

Palpationsbefund den Verdacht endometroider Zysten wecken.

Oft klagen die Patientinnen bei Ovarialgeschwulsten nur über Kreuzschmerzen oder ein dumpfes Druckgefühl im Unterleib. Bei eingeklemmten Tumoren können die Kreuzschmerzen bis in die Oberschenkel ausstrahlen.

Blutungen nach der Menopause, bei denen ein Korpuskarzinom ausgeschlossen werden konnte, deuten in 50 bis 53% auf einen meist malignen Ovarialtumor (H.H.SCHMID).

Große Ovarialkarzinome gehen mit einer allgemeinen Geschwulstkachexie einher, die bisweilen als "Facies ovarica" angesprochen wurde.

Häufig findet sich bei Ovarialtumoren ein Aszites, der jedoch keinen Hinweis auf die Größe oder Malignität des Tumors liefert, da auch kleine Ovarialfibrome und -kystome von Aszites begleitet sein können. Andererseits kann auch bei großen Karzinomen jede Aszitesbildung fehlen. Verhindert ein Aszites, der nicht durch eine portale Stauung bedingt ist, einen genauen Tastbefund, so sollte man aus diagnostischen Gründen in jedem Fall zunächst etwas Flüssigkeit ablassen, um auch einen eventuell in der Tiefe verborgenen Tumor erkennen zu können.

Kleine, bis faustgroße Tumoren bleiben meist symptomlos und ergeben sich oft nur als Zufallsbefund. Sie liegen in der Regel hinter oder neben, seltener vor dem Uterus, sind gut begrenzt, leicht beweglich, lassen sich gut empordrängen und sinken gewöhnlich in ihre Ausgangsposition zurück.

Harte Tumoren erscheinen in der Regel größer, weiche dagegen kleiner, als sie in Wirklichkeit sind.

Liegt ein zystischer Tumor vor dem Uterus und ist er von diesem nicht zu trennen, so kann bei einer jungen Patientin leicht der Eindruck einer Gravidität des 2. bis 4. Monats entstehen. Eine ausführliche Anamnese und vor allem die immunologischen Schwangerschaftsreaktionen lassen diese Verwechslung weitgehend vermeiden. Sehr viel größere diagnostische Schwierigkeiten kann eine extrauterine Gravidität bereiten. Sie soll daher

in einem gesonderten Abschnitt noch ausführlicher besprochen werden (Seite 46).

Das weitaus größte Kontingent aller ovarieller Fehldiagnosen stellen die Myome dar, die, besonders wenn sie erweicht und gestielt sind, leicht als Ovarialtumor angesprochen werden.

Manchmal geben Exsudate zu differentialdiagnostischen Überlegungen Anlaß. Parametrane Exsudate liegen tief im Becken zwischen Uterus und Beckenwand. Sie sind wie die den Douglas ausfüllenden intraperitonealen Exsudate unverschieblich und können zu den Seiten wie auch nach oben nur wenig abgegrenzt werden. Manchmal ermöglichen Anamnese, Punktat, fieberhafter Beginn oder evtl. noch bestehendes Fieber die richtige Diagnose.

Während größere Ovarialtumoren auch bei unklarem Befund operiert werden müssen, sind bei kleinerem Tastbefund neben echten Ovarialgeschwulsten zahlreiche Ovarial- und Tubenerkrankungen in Erwägung zu ziehen, deren Auftreten nicht unbedingt eine Laparotomie erforderlich macht, wie z.B. Follikel-, Theka- und Luteinzysten, endometroide Schokoladenzysten, Endometriosis retrocervicalis, spezifische oder unspezifische Adnexitiden, Hydro- und Pyosalpingen, Hämatosalpingen, Retroflexio uteri oder Hämatometren.

Mittlere Ovarialtumoren von Faust- bis Kindskopfgröße drängen den Uterus meist seitlich oder nach hinten ab und überragen oft die Linea terminalis. Dabei wölben sie den Bauch in seiner Mittellinie oder auch seitlich vor und zeigen über ihrer größten Protuberanz einen gedämpften Klopfschall, der weiter nach oben und zu den Flanken hin tympanitisch wird und sich damit umgekehrt verhält wie der Klopfschall bei einem ausgeprägten Aszites.

Eine gewisse Auskunft über den Ansatz eines Ovarialtumors ergibt sich aus der Position seiner größten Beweglichkeit. Diese liegt jeweils dem Ansatz gegenüber. Manchmal ist es bei gut beweglichem Tumor möglich, aus dem Kreisbogen, den diese Stelle beschreibt, auf den

Ausgangspunkt des Tumors zu schließen. Nierentumoren, die sich in die Bauchhöhle entwickelt haben, sind demnach an ihrem unteren, Uterus- und Ovarialtumoren an ihrem oberen Pol am besten verschieblich.

Differentialdiagnostisch sind gegenüber mittelgroßen Ovarialgeschwulsten folgende Befunde abzugrenzen (H.H. SCHMID): Schwangerschaften des 5. bis 8. Monats, Hydramnien, Blasenmolen, Zwillingschwangerschaften, große Myome, große Pyo- oder Hydrosalpingen, große Tuboovarial- oder Parovarialzysten, eine Retroflexio uteri incarcerata, seltener Uretertumoren, Hydronephrosen, Zystennieren, Senk- oder Hufeisennieren, Nierenkapsel- oder Nebennierentumoren, Blasendivertikel, abgesackter Aszites oder abgesackte Pneumokokken-Peritonitis, Bauchdeckentumoren, Bauchfell-Tbc, appendizitische Abszesse, geblähtes Zökum, Ileus und Subileus, noch seltener Megacolon congenitum, Hirschsprungsche Krankheit, Zuckergußdarm, Leberechinococcus, Wanderleber, Pankreaszysten, leukämische Milz, Wandermilz, Senkungsabszesse bei Spondylitis, zystische Chondrome der unteren Wirbelsäule, präsakrale Myelomeningozelen und, wieder etwas häufiger, mesenteriale oder retroperitoneale Tumoren.

Sehr große Tumoren wölben den Leib wie in den letzten Monaten der Schwangerschaft weit vor und können nicht mehr abgegrenzt werden. Sie entwickeln sich nicht selten bis unter den Rippenbogen und verursachen dann eine reine Thorakalatemung, während sie in den unteren Extremitäten zur Ursache starker Ödeme werden können. Die Haut über dem Tumor ist gespannt und teilweise infolge von Stauungen ödematös verdickt (STOECKEL-LAX). Nicht selten werden auch verstärkte Venenzeichnungen beobachtet. Der Uterus selbst kann, da er hinter den Tumormassen liegt, nicht mehr herausgetastet werden.

Ähnlich massive Bilder wie bei den großen und größten Ovarialtumoren kommen auch bei Übertragungen und abgestorbenen Früchten, Mehrlingsschwangerschaften, Schwangerschaften mit zusätzlichem Ovarialkystom, er-

weichten Riesenmyomen, retroperitonealen Riesengeschwulsten - dabei handelt es sich meist um Lipome oder Liposarkome -, bei Riesenhydronephrosen, Gallenblasen- und Pankreasgeschwulsten, Lebertumoren, Gallengangszysten und Magen-Darm-Sarkomen und -Neurimomen. Über ein solches wurde erst kürzlich aus der II. Wiener Universitätsfrauenklinik berichtet (ULM).

Die Diagnose eines stielgedrehten Ovarialtumors wird um so schwieriger, je kleiner der Tumor ist. Gutartige Tumoren wie Dermoides, Pseudomuzinkystome und Parovarialszysten zeigen wegen ihres langsamen Wachstums eine grössere Drehbereitschaft. Als äußere Ursache kommen körperliche Anstrengungen und plötzliche Drehbewegungen, als innere Ursachen vermehrte Darmperistaltik und wechselnde Füllung von Blase und Darm in Frage.

Die Symptomatik der Stieldrehung wird von plötzlichem heftigen Schmerzen im Unterleib im Anschluß an überraschende Bewegungen beherrscht, zu denen auch plötzliches Bremsen oder Tanzen zu zählen sind. Die Anamnese läßt dagegen im Stich, wenn sich der Tumor langsam, manchmal sogar unbemerkt dreht. Für die Diagnose sprechen dann erhöhte BSG, azyklische Blutungen aus dem Uterus, Druckempfindlichkeit, Abwehrspannung, Loslaßschmerz und rasche Tumorvergrößerung. Später stellen sich peritoneale Reizungen ein, die mit ileusartigen Zuständen verwechselt werden können. Das Allgemeinbefinden der Patientinnen ist jedoch in jedem Fall empfindlich gestört.

Differentialdiagnostisch zu erwägen sind bei ähnlichem Symptomenbild Adnexitiden mit Beckenperitonitis, Extrauterin gravidität mit Blutung in die Bauchhöhle, Darmverschuß, Volvulus des Dünndarms, des Zökum oder der linken Flexur und Nephrolithiasis; bei rechtsseitigen Beschwerden zusätzlich Appendizitis, Cholezystitis und Cholelithiasis (H.H. SCHMID).

Fehldiagnosen der Ovarial-
tumoren

An der Frauenklinik der Freien Universität Berlin wurden in den Jahren 1962 bis 1967 553 Patientinnen unter der Diagnose eines Ovarialtumors operiert. Von diesen 553 Fällen erwiesen sich 94, das sind 16,9%, als Fehldiagnosen. In einer ähnlichen Untersuchungsreihe stellte KASTENDIECK bei 674 operierten Patientinnen nur 5,2% Fehldiagnosen fest. Die beiden Ergebnisse lassen sich wegen ihrer unterschiedlichen Untersuchungs- und Beurteilungskriterien nur bedingt vergleichen.

Nicht gewertet als Fehldiagnosen im engeren Sinne wurden in dieser Arbeit Verwechslungen verschiedener Ovarialtumoren oder die Verwechslung eines solchen mit einer Parovarialzyste oder Tuboovarialzyste, da diese durch die Palpation oder andere klinische Untersuchungsmethoden nicht zu unterscheiden sind.

Folgende Fehldiagnosen kamen zur Beobachtung:

Tab. II: Fehldiagnosen der Ovarialtumoren

- 45 Fälle eines nicht erkannten Uterusmyomatosus,
diese gliederten sich in
- 12 Myomatös veränderte Uteri
 - 8 Subseröse Myome
 - 8 Gestielte Myome
 - 6 Intraligamentäre Myome
 - 5 Zystisch erweichte Myome
 - 4 An der Hinterwand des Ut. entwickelte Myome
 - 2 Stielgedrehte Myome
 - 5 Entzündliche Adnextumoren
 - 4 Korpuskarzinome
 - 3 Uterussarkome
 - 3 Verwachsungs-Konglomerattumoren
 - 2 Tubenkarzinome
 - 2 Hydrosalpingen
-

In diesem Abschnitt sollen mit zwei Ausnahmen nur Beispiele eines als Ovarialtumor verkannten Uterus myomatosus gegeben werden, während die fehldiagnostizierten Adnextumoren, die als überraschende Zusatzbefunde aufgedeckten genitalen Malignome und die extragenitalen Befunde jeweils in einem gesonderten Abschnitt besprochen werden sollen.

Ovarialtumor - zystisch erweichter Ut. myomat.

Fall 11: R.M., 53 J.

Krankenblatt Nr. 4026/63, Menarche mit 14 J., 1 Geburt, Menopause mit 50 J.

Anamnese: Anlässlich einer vertrauensärztlichen Untersuchung wurde eine Resistenz im Unterbauch der Patientin festgestellt, die zur Überweisung in die Frauenklinik führte. Beschwerden bestanden nicht.

Gynäkologischer Befund: Bis handbreit über den Nabel reichender, prallderber, kugeliger Tumor, der vom Ovar auszugehen scheint. Keine Seitenangabe.

Zystoskopie: Leichte Trigonumzystitis, Blasenhinterrand stark vorgewölbt, regelrechte Ausscheidung.

i.v. Pyelogramm: Riesiger schattendichter Tumor im Unterbauch ohne Verkalkungen, seitengleiche kräftige Ausscheidung, rechtes Nierenbeckenkelchsystem infolge von Druckerscheinungen des Abdominaltumors erweitert.

Kontrasteinlauf: Freie Darmpassage durch den ganzen Dickdarm ohne Anhalt für tumoröse Darmprozesse. Der Darm wird durch den Mittelbauchtumor seitlich verdrängt.

Diagnose: Die Untersuchungen sprechen am ehesten für einen Ovarialtumor.

Operationsbefund: Statt des vermuteten Ovarialtumors findet sich ein riesiger Uterus myomatosus, der fast bis zum Rippenbogen reicht, zystisch weiche Konsistenz besitzt und teilweise nekrotisch zerfallen ist. Die Ovarien erscheinen bds. unauffällig.

In diesem Fall haben alle klinischen Untersuchungsmethoden zur Aufklärung des Tumors versagt. Der Tumor entsprach in allen seinen Eigenschaften, seiner Konsistenz, Lokalisation und seinen Verdrängungserscheinungen dem Bild eines Ovarialtumors. Fall 11 ist somit ein weiteres Beispiel dafür, daß nicht jede Fehldiagnose auf ärztliches Versagen zurückzuführen ist und manch eine aufgrund der Untersuchungsbefunde geradezu unvermeidbar erscheint. Er soll daher allen anderen vorangestellt werden.

Ovarialtumor - Ut. myomatosus, retroflektiert

Fall 12: H.L., 55 J.

Krankenblatt Nr. 1348/64, Menarche mit 15 J., 3 Geburten, Menopause mit 47 J., seitdem geringe Blutungen.

Anamnese: Seit 5 J. ist ein Tumor (Myom) bei der Pat. bekannt und wird poliklinisch kontrolliert. Seit 6 Wochen Auftreten von geschwellenen Händen und Füßen, Luftnot bei Anstrengungen sowie wechselnd häufige Schmerzanfälle (1-2 Minuten) mit Ausstrahlen der Schmerzen hinter das Sternum. Größenzunahme des TM.

Gynäkologischer Befund: Uterus normal groß. Im Douglas befindet sich eine derbe runde, nicht sicher mit dem Ut. zusammenhängende Resistenz von Mandarinengröße.

Zystoskopie: unauffällig.

i.v. Pyelogramm: Seitengerechte Ausscheidung und freier Abfluß, Verdrängung des linken Ureters nach lateral.

Diagnose: Ovarialtumor.

Operationsbefund: Mannsfaustgroßer, stark retroflektierter Uterus myomatosus mit altersentsprechenden Adnexen.

Aus der Anamnese geht hervor, daß bei der Patientin seit 5 Jahren ein Myom bekannt ist und durch die Poliklinik kontrolliert wird. Nicht bekannt war dagegen die Retroflexio des myomatös veränderten Uterus, die sicher für die Beschwerden der Patientin mit verantwortlich zu machen ist. Die zuletzt genannten Beschwerden weisen jedoch auf pektanginöse Zustände hin und stehen in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem Genitalbefund.

Wenn sich der Untersucher dennoch, trotz der auffälligen Vorgeschichte, für die Diagnose eines Ovarialtumors entschied, so mag dies auf das fortgeschrittene Alter der Patientin und ihre seit 8 Jahren bestehende Postmenopause zurückzuführen sein. Hätte die Anamnese keinen Hinweis auf einen Uterus myomatosus enthalten, so wäre diese Überlegung sicher richtig gewesen.

In Fall 12 rechtfertigt der Op.-Befund nicht das Risiko des Eingriffs, da ein Uterus myomatosus von dieser Ausdehnung und Symptomatik in der Regel keine Indikation zur Operation darstellt. Bedenkt man, daß das

Herz der Patientin wahrscheinlich vorgeschädigt war, so hätte unter Umständen eine abgewogenere Diagnostik, in der die rektale Untersuchung evtl. richtungweisend für die Diagnose geworden wäre, oder auch nur eine weiter abwartende und beobachtende Haltung den belastenden Eingriff vermeiden können.

Ovarialkarzinom - Uterus myomatosus

Fall 13: G.I., 57 J.

Krankenblatt Nr. 3138/67, Menarche mit 12 J., Menopause mit 51 J.

Anamnese: Seit etwa 2 Monaten anfallsweise Schmerzen im linken Oberbauch. In der Poliklinik wurde ein Tumor im Bereich der linken Adnexe festgestellt. 5 kg Gewichtsabnahme in 2 Monaten.

Gynäkologischer Befund: Kleiner anteflektierter Ut., li. Adnexe unauffällig, rechts hinter dem Uterus ein kokosnußgroßer, derbhöckriger, kaum beweglicher Tumor, der durch den rektalen Befund bestätigt wird.

Magen-Darm-Passage, Kontrasteinlauf: Freie Darmpassage, kein Anhalt für ein Neoplasma.

Zystoskopie: Starke Vorwölbung der Blasenhinter- und -seitenwand. Linkes Ostium bei 3 Uhr verzogen. Zeitgerechte Ausscheidung.

Diagnose: Ovarialkarzinom.

Operationsbefund: Mannsfaustgroßer Uterus myomatosus, der nach allen Seiten frei beweglich ist. Adnexe beiderseits altersentsprechend.

Der Palpationsbefund, die, wenn auch atypisch lokalisierten krampfartigen Schmerzen, der Gewichtsverlust und das Alter der Patientin lassen an einen malignen Ovarialtumor denken, so daß man die Patientin nach Ausschluß eines Darmprozesses sofort der Operation zuführte. Aber auch in diesem Fall, ähnlich wie in Fall 12, konnte der Operationsbefund die Beschwerden der Patientin nicht erklären, und man hätte sie wahrscheinlich bei gesichertem präoperativen Befund ebensowenig operiert. Es bleibt daher zu überlegen, ob man bei solchen oder noch unklarerer Fällen nicht häufiger, als es bisher getan wird, vor der Operation den pathologischen Befund durch eine Laparoskopie abklären sollte.

Ovarialtumor - Gestieltes Myom

Fall 14: S.E., 42 J.

Krankenblatt Nr. 3947/63, Menarche mit 16 J., Menses 28/2-3 Tage, letzte Regel vor 4 Wochen, 1 normale Geburt, 1 Fehlgeburt, 2 Kürettagen vor 4 bzw. 16 Jahren. Zeitweise weißlicher Ausfluß.

Anamnese: Die Patientin leidet an rezidivierend auftretender Urtikaria und Quinckeschem Ödem. Seit etwa einem Jahr klagt sie über ein unbestimmtes Tumorgefühl im Unterbauch.

Gynäkologischer Befund: Fast bis zum Nabel reichender großknotiger Tumor, der sich mit einem großen Knoten bis in den Douglas entwickelt.

Diagnose: Ovarialtumor.

Operationsbefund: Frauenfaustgroßer Uterus myomatosus, der sich mit einem großen, subserös gestielten Knoten in den Douglas entwickelt. Die Adnexe sind unauffällig.

Die Feststellung eines großknotigen Tumors, von dem aus sich ein Knoten in den Douglas entwickelt hat, sollte die Vermutung eines Uterus myomatosus zumindest nahelegen. Verwechslungen eines Ovarialtumors mit einem Myom der Uterushinterwand kommen besonders häufig vor, wenn diese gestielt sind, und lassen sich oft kaum vermeiden. Bei ausgedehnten Prozessen wie in Fall 14 oder bei solchen, die der Patientin starke Beschwerden machen, wird man in jedem Fall operieren, so daß eine Fehldiagnose nicht weiter ins Gewicht fällt.

Ovarialtumor - intraligamentäres Myom

Fall 15: L.M., 68 J.

Krankenblatt Nr. 1388/63, Menarche mit 14, Menopause mit 46 Jahren, eine normale Geburt.

Anamnese: Debile Patientin in gutem Allgemeinzustand. Die Patientin hat kaum Beschwerden. Aufnahme wegen Ovarialtumorverdacht nach Radium-Röntgenbestrahlung wegen Ca. colli III vor 3 Jahren.

Gynäkologischer Befund: Gut apfelgroßer, nicht sicher vom Uterus abgrenzbarer Tumor von derber Konsistenz im Bereich der linken Beckenseite, der in der letzten Zeit gewachsen zu sein scheint.

i.v. Pyelogramm: Normale Ausscheidungsverhältnisse.

Kontrasteinlauf: Radiogene Veränderungen des Sigma, ein Tumor ist nicht feststellbar.

Diagnose: Ovarialtumor.

Operationsbefund: Atrophischer, mit kleinen Myomen durchsetzter Uterus. Beide Adnexe sind unauffällig. Auf der linken Beckenseite ein kleinf Faustgroßes, intraligamentär entwickeltes Myom mit regressiven Veränderungen. Das Kollum ist frei von Ca.

Ovarialtumor - Myom des Lig. proprium ovarii

Fall 16: B.E., 37 J.

Krankenblatt Nr. 2236/64, Menarche mit 13 J., letzte Regel vor 5 Tagen, Menses 30-31/5-6 Tage, eine Fehlgeburt vor 14 Jahren, mäßig gelblichweißer Fluor.

Anamnese: Appendektomie vor 6 Wochen, seit 4 Wochen Schmerzen im Unterbauch. Es wurde ein entzündlicher Adnextumor festgestellt, der sich unter konservativer Behandlung zurückbildete. Die Schmerzen ließen jedoch nur wenig nach.

Gynäkologischer Befund: Uterus normal groß, antepoliert und anteflektiert. Im Douglas ein mandarinengrosser, nicht verschieblicher, druckempfindlicher Tumor. Die rechten Adnexe sind an das Zöcum fixiert und leicht druckempfindlich, linke Adnexe und Parametrien sind frei.

Zystoskopie: Unauffällig.

Diagnose: Ovarialtumor.

Operationsbefund: Es handelt sich um einen tennisballgroßen gestielten Myomknoten, der vom Lig. proprium ovarii ausgeht. Im Fundus zwei weitere kleine Myome.

Es handelt sich um 2 Fälle eines subserösen Myoms, die zum Teil wegen ihrer selteneren Lokalisation aufgeführt werden. Sie unterstreichen, daß Myomknollen überall im weiblichen Genitale außerhalb des Uterus aufgefunden werden können und dann nicht selten Anlaß zur Diagnose eines Ovarialtumors geben. Praktische Bedeutung gewinnt diese Unterscheidung jedoch nur bei kleineren Palpationsbefunden, da symptomarme kleinere Myome nicht in jedem Fall aktiv behandelt werden müssen. In unklaren Fällen wird man die Patientinnen daher zunächst, solange die Umstände es erlauben, beobachten, um sich ein Bild von der Dignität und klinischen Symptomatik des Tumors zu verschaffen und erst später gegebenenfalls eine Operation anzuschließen. In bedrohlichen Fällen wird man natürlich nicht so lange abwarten, sondern sofort operieren.

Ovarialtumor - Stielgedrehte Myome

Fall 17: S.V., 27 J.

Krankenblatt Nr. 2673/65, Menarche mit 17 J., Menses 28/5 Tage, letzte Regel vor 4 Wochen. Wenig weißlicher Fluor.

Anamnese: Am Vortage traten bei der Patientin heftige Schmerzen in der linken Adnexgegend sowie Übelkeit auf. Die Schmerzen waren kolikartig und breiteten sich im ganzen Unterbauch aus. Kein Temperaturanstieg.

Gynäkologischer Befund: Spitze Portio, dahinter im Douglas eine sehr druckempfindliche Resistenz. Größe des Uterus und der Adnexe wegen der Abwehrspannung nicht sicher abschätzbar. Der Oberbauch ist in der Gallenblasengegend ebenfalls etwas druckempfindlich.

Diagnose: Der Tastbefund läßt an einen stielgedrehten Ovarialtumor oder Ileus denken, daher Laparotomie.

Operationsbefund: Im Douglas findet sich etwas blutiges Sekret. Uterus normal groß. An seiner Rückwand ein gut hühnereigroßes, einmal rechts herum gedrehtes, blutig infarziertes, stielgedrehtes Myom. Adnexe beiderseits unauffällig.

Fall 18: Z.M., 53 J.

Krankenblatt Nr. 493/66, Menarche mit 14, Menopause mit 45 Jahren.

Anamnese: Seit einigen Tagen zeitweiliger Druckschmerz im Unterbauch, weiß-gelblicher Fluor, der besonders nach Anstrengungen auftritt.

Gynäkologische Untersuchung: Erhebliche eitrige Kolpitis, Uterus in Streckstellung, retrovertiert, durch einen über mannsfaustgroßen, rechts entwickelten Tumor, der mehrknollig ausgebildet ist, nach links abgedrängt. Der Tumor ist vom Uterus nicht trennbar. Bestätigung des Befundes durch die rektale Untersuchung.

i.v. Pyelogramm: Seitengleiche Ausscheidung mit Verdrängung des rechten Ureters nach lateral, Kompression der Blase, jedoch freie Abflußverhältnisse.

Kontrasteinlauf: Ausgedehnter Ovarialtumor ohne Darmeinbruch.

Zystoskopie: Gering angedeutete Balkenstruktur, nur im Trigonumbereich verstärkte Gefäßzeichnung.

Diagnose: Doppelt mannsfaustgroßer Ovarialtumor.

Operationsbefund: Kindskopfgroßes, stielgedrehtes subseröses Myom, das links vom Fundus ausgeht. Uterus klein, Adnexe unauffällig.

In beiden Fällen handelt es sich um ein stielgedrehtes Myom, das als Ovarialtumor verkannt wurde. In Fall 17 weckte die kolikartige Symptomatik bereits den Verdacht einer Stieldrehung, und man wird wohl mit Rück-

sicht auf das jugendliche Alter der Patientin mehr an einen Ovarialtumor als ein Myom gedacht haben. Die Fehldiagnose ist in diesem Fall nicht weiter schwerwiegend, da hier ohnehin die sofortige Operation angezeigt war. In Fall 18 liegt eine mehr verzögerte Form des stielgedrehten Myoms vor, die unter Umständen sogar einmal ganz unbemerkt bleiben kann. Die mehrknollige Struktur des Tumors hätte eventuell den Verdacht eines Myoms wecken können.

Stielgedrehter Ovarialtumor - Uterussarkom

Fall 19: L.A., 71 J.

Krankenblatt Nr. 1321/67, Menarche mit 16, Menopause mit 46 Jahren.

Anamnese: Starke Leibschmerzen seit dem Vortage.

Gynäkologische Untersuchung: Das gesamte Abdomen ist gespannt und stark druckempfindlich, es besteht Abwehrspannung, jedoch kein Erbrechen. Bis zum Nabel reichender, prall elastischer Tumor, der sich vom Uterus nicht abgrenzen läßt. Es bestehen Symptome eines Subileus.

Diagnose: Verdacht eines stielgedrehten Ovarialtumors.

Operationsbefund: Ausgedehntes Konglomerat aus ver wachsenen Dünndarmschlingen, Netz und Peritoneum. Mehrere Dünndarmschlingen sind karzinomatös infiltriert, miteinander verbacken und zum Teil abgeknickt. Keine Nekrosen oder Stauungen. Der das kleine Becken ausfüllende Tumor scheint zunächst von den rechten Adnexen, teilweise auch intraligamentär, auszugehen. Erst nachdem der Tumor hervorluxiert worden war, stellt sich heraus, daß es sich nicht, wie angenommen, um einen Ovarialtumor, sondern um das voluminös aufgetriebene Corpus uteri handelt. Die linken Adnexe sind regelrecht, rechts befindet sich eine zweifingerdicke Hydrosalpinx. Leber- und Netzmetastasen.

Histologie: Spindelzellsarkom eines weit entdifferenzierten Leiomyoms des Corpus uteri.

Die stürmischen und plötzlich einsetzenden Beschwerden der Patientin ließen bei ihrem fortgeschrittenen Alter mit Recht in erster Linie einen stielgedrehten Ovarialtumor vermuten. Um so mehr erstaunte dann der Op.-Befund. Uterussarkome sind ohnehin schon recht seltene Ereignisse, noch seltener aber geben sie sich

durch eine solch aktuelle Symptomatik zu erkennen, die sehr wahrscheinlich auf eine lokalisierte Peritonitis zurückzuführen war.

Nicht jeder dramatische Prozeß darf daher sofort mit einer Stieldrehung eines Myoms oder eines Ovarialtumors gleichgesetzt werden, sondern erfordert die gleiche, wenn auch gedrängte, sorgfältige Differentialdiagnostik wie jeder andere Unterleibsprozeß.

Stielgedrehter Ovarialtumor - entzündlicher
Adnextumor

Fall 20: J.M., 43 J.

Krankenblatt Nr. 2954/65, Menarche mit 14 J., Menses 28/5 Tage, letzte Regel vor 2 Tagen, 1 normale Geburt, wenig weißlicher Fluor.

Anamnese: Seit einem Monat heftige Blähungen und starker Druckschmerz im rechten Unterbauch. Keine Übelkeit, kein Erbrechen. Seit 2 Tagen erhöhte Temperaturen von 38°, kein Schüttelfrost.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus normal groß, Adnexe nur schwer zu beurteilen, etwa kindskopfgroßer Tumor.

Diagnose: Verdacht auf stielgedrehten Ovarialtumor.

Operationsbefund: Im Becken frische Netzhäsionen, Uterus normal groß. Beidseitig große Pyosalpingen, die rechts Unterarmstärke erreichen, links nur etwas geringer ausgebildet sind. Einbezogen sind beiderseits die makroskopisch unauffälligen Ovarien. Im Douglas findet sich ein gut pflaumengroßer runder, leidlich mobiler Tumor, der völlig nekrotisch ist. Es ist anzunehmen, daß es sich um einen ehemals stielgedrehten Tumor handelt.

Histologie: Ausgedehnte Tuberkulose der Eileiter.

Fall 20 leitet bereits zum folgenden Abschnitt der entzündlichen Adnextumoren über. Er bietet ein recht typisches Bild eines entzündlichen Geschehens, in dessen Symptomatik eigentlich nur die starken Druckschmerzen an einen stielgedrehten Prozeß denken lassen könnten. Aber auch diese traten so prolongiert auf, daß sie kaum richtungweisend für die Diagnose sein konnten. Es fällt nachträglich schwer, Argumente für einen stielgedrehten Ovarialtumor zu finden, da alle dramatischen, plötzlich sich einstellenden Ereignisse, die auf einen

solchen Prozeß hindeuten, bei der Patientin fehlen. Daß tatsächlich ein stielgedrehter Tumor gefunden wurde, dessen symptomfreie Drehung wahrscheinlich schon vor längerer Zeit stattgefunden hatte, so daß es zu einer völligen Nekrose kommen konnte, muß als Zufallsbefund gewertet werden. Die Beschwerden der Patientin zur Zeit der Aufnahme wurden sicherlich durch die Genitaltuberkulose, die in dem beschriebenen Ausmaß heute nur noch selten zur Ausbildung kommt, hervorgerufen.

Vielleicht haben gerade das ungewöhnliche Ausmaß der Tuberkulose und ihr relativ seltenes Vorkommen zur Fehldiagnose beigetragen. Es empfiehlt sich daher immer wieder, in der Anamnese ausdrücklich nach einer eventuellen Disposition zur Tuberkulose zu fahnden, selbst wenn der palpatorische und klinische Befund noch so sehr gegen eine solche Annahme sprechen sollte.

D i f f e r e n t i a l d i a g n o s t i k u n d F e h l d i a g n o s e n e n t z ü n d l i - c h e r A d n e x t u m o r e n

Entzündungen der Adnexe sind überwiegend auf aufsteigende Infektionen zurückzuführen. Als ätiologische Faktoren gelten: Gonorrhoe, puerperale Infektionen, Komplikationen bei Uterusmyomen und Karzinomen, Endometritiden sowie bakterielle Infektionen nach mechanischen, thermischen und chemischen Eingriffen am Genitale. Die meisten Erreger (Streptokokken, Enterokokken, Gonokokken, Coli) breiten sich aufsteigend über das Hohlsystem des weiblichen Genitale aus, und zwar besonders dann, wenn gleichzeitig ein verstärkter Sekretfluß besteht. In der Zeit des Wochenbetts können die Erreger auch auf dem Lymphweg vom Uterus zu den Tuben überwandern. Tuberkelbakterien dagegen gelangen meist auf hämatogenem Wege oder per continuitatem ausgehend von einer Darmtuberkulose in die Eileiter.

Verkleben die Tubenostien infolge einer Adnexitis, so kommt es zur Ausbildung von Pyo- oder Hydrosalpingen, die mit einer serösen oder eitrigen Flüssigkeit gefüllt sind.

Tuboovarialzysten setzen sich aus den Anteilen beider Organe zusammen und entstehen immer auf dem Boden einer Entzündung. Sie sind nur eine besondere Form der entzündlichen Adnextumoren, werden aber im Gegensatz zu allen übrigen entzündlichen Adnextumoren operativ behandelt, da sie in allen Fällen mit einer entzündlichen Einschmelzung des funktionsfähigen Ovarialgewebes einhergehen, die sich durch eine konservative Therapie nicht einschränken läßt, ferner, weil sie oft von beträchtlicher Größe und palpatorisch nicht sicher von einem zystischen Ovarialtumor zu unterscheiden sind, die in jedem Fall eine Operation verlangen.

Entzündliche Adnexprozesse verursachen starke Druck- und Schmerzempfindungen in den seitlichen Unterbauchregionen und geben sich durch subfebrile bis febrile Temperaturen zu erkennen. Hinweisend auf entzündliche Vorgänge sind ferner Kreuzschmerzen und allgemeine Übelkeit, die von einem schleimig eitrigen Fluor begleitet werden.

Im akuten Zustand ist die Untersuchung meist sehr schmerzhaft, so daß eine exakte Abgrenzung des Prozesses oft nicht möglich ist. Erst nach Abklingen der entzündlichen Symptome fühlt man neben dem Uterus eine ein- oder doppelseitig ausgebildete teigige Resistenz, die besonders im seitlichen Scheidengewölbe, im Douglas oder an der seitlichen Beckenwand zu tasten ist.

Die Konsistenz der Adnextumoren ist weich bis prall-elastisch und kann die Abgrenzung des Tumors vor allem bei Verwachsungen mit der Umgebung sehr erschweren. Die Größe der Tumoren schwankt sehr.

Bei Adnexitiden können Darmbeschwerden in Form von Obstipation und Blähungen auftreten und manchmal sogar ileusartigen Charakter annehmen. Andere Komplikationen sind verstärkter Ausfluß, unmotivierbare Blutungen,

Parametritiden, Douglasabszesse, Stieldrehung, Verschuß der Tuben mit nachfolgender Sterilität sowie Durchbrüche in Blase, Darm oder die freie Bauchhöhle mit allen Gefahren der allgemeinen diffusen oder lokalisierten Peritonitis.

Die Diagnose einer Adnexitis liegt nahe bei allen plötzlich auftretenden Schmerzen, die, bisweilen nur einseitig, auf den Unterleib beschränkt bleiben. Aus der Größe eines entzündlichen Tumors lassen sich keine diagnostischen Schlüsse ziehen. Wichtige Hinweise kann jedoch die ausführliche Anamnese liefern, die bei wiederholtem Auftreten der Beschwerden und Sterilität immer an eine entzündliche Tubenerkrankung denken lassen soll. Oftmals wird man sich jedoch mit einer Diagnose zufriedengeben müssen, die nur Wahrscheinlichkeitscharakter besitzt, besonders dann, wenn sich ein entzündlicher Tumor unter konservativer Therapie nicht zurückbildet. Wiederholt erhöhte Leukozyten- und BKS-Werte werden den Verdacht eines entzündlichen Prozesses bestärken, obwohl sie keine spezifische Aussage liefern können.

Die Differentialdiagnostik der Adnexitis gegenüber Appendizitis und EU erfolgt in einem späteren Abschnitt. Hier sollen nur einige Anmerkungen zur Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane gemacht werden.

Die tuberkulöse Infektion des Genitalapparates kann von der Bauchhöhle her oder aber hämatogen erfolgen. In 90% der Fälle sind die Tuben, meist beiderseitig, mit befallen. Als charakteristische Veränderungen gelten kleine hirsekorngroße gelbliche Knötchen, die meist von einem roten Hof umgeben sind und über die ganze Serosa verstreut liegen. Das übrige Peritoneum ist frei oder zeigt in der Nähe der Tuben bzw. im Douglas, wo sie manchmal auch tastbar werden, die gleichen Veränderungen. Nicht selten kann es im Zusammenhang mit Mischinfektionen zur Ausbildung großer Tumoren kommen, die wie nicht tuberkulöse Pyosalpingen Retorten- oder Posthornform annehmen können.

Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden können nach H. DIEHL ganz fehlen oder sich so langsam entwickeln, daß sich die Patientinnen daran gewöhnen. Dennoch sollte man immer bei auffallend schlechtem Allgemeinbefinden und gleichzeitigem Adnextumor oder auch nur bei uncharakteristischen Unterleibsbeschwerden mit erheblichem Tastbefund an die Möglichkeit einer Tuberkulose denken. Eine Diagnose nur aufgrund des klinischen Bildes ist jedoch nicht möglich.

Meist tritt als Folge der Erkrankung eine Sterilität ein, die daher zur Diagnose mit herangezogen werden kann. Einzig verläßlich für die Diagnose sind nur der Nachweis säurefester Stäbchen, der positive Tierversuch sowie in manchen Fällen die Laparoskopie und Salpingographie. Selten kann auch einmal die rektale Untersuchung durch den Nachweis der Tuberkelknötchen die richtige Diagnose herbeiführen.

Es kamen insgesamt 25 entzündliche Adnextumoren unter einer Fehldiagnose zur Operation. Diese Fälle sind in der Besprechung der übrigen genitalen Fehldiagnosen mit erfaßt, sollen jedoch in einem eigenen Abschnitt zusammen mit ihrer Differentialdiagnostik besprochen werden.

Als Indikation zur Laparotomie wurden präoperativ folgende Befunde angenommen:

Tab. III Indikationen zur Operation bei nicht er-
kannten entzündlichen Adnextumoren

15 Uteri myomatosi

8 Ovarialtumoren

2 Extrauterine Graviditäten

Es sollen wieder einige Beispiele gegeben werden.

Ovarialtumor - doppelt daumendicke Pyosalpinx

Fall 21: K.A., 53 J.

Krankenblatt Nr. 1387/65, Menarche mit 15 J., Menses 28/3 Tage, letzte Regel vor 5 Wochen, 2 Geburten, Ab-rasio 1949 und 58, 1954 Kürzung der Mutterbänder.
BKS 95/122 mm.

Anamnese: Die Patientin kommt wegen klimakterischer Beschwerden und Schwindelanfällen zur Aufnahme.

Gynäkologische Untersuchung: Vulva und Vagina mit eitrigem Fluor verschmiert, Portio narbig-Höckerig, jedoch unverdächtig auf Npl., Uterus wegen starker Abwehrspannung nicht heraustastbar. Weiche Resistenz über der Symphyse.

Rektaler Befund: Links hinter dem Uterus ein dolenter, mandarinengroßer Tumor, der infolge von Adhäsionen nicht verschieblich ist.

i.v. Pyelogramm: Im kleinen Becken mehrere weichteildichte Tumoren, die den Abfluß zur Blase nicht behindern.

Zystoskopie: Trigonumzystitis.

Diagnose: Ovarialtumor links, klimakterische Blutungen.

Operationsbefund: Gänseeigroßer unregelmäßig verdickter Uterus. Die rechten Adnexe sind chronisch entzündlich verändert, links ist das große Netz an dem Uterus adhärent, ebenso das Sigma. Ebenfalls in diesem Bereich ein großer Abszeß, dessen Wand vom Sigma, der hinteren Uteruskante, dem großen Netz und der seitlichen Beckenwand gebildet wird. Auf der linken Seite hat sich eine doppelt daumendicke Pyosalpinx entwickelt, die als Ausgangspunkt des entzündlichen Geschehens anzusehen ist.

Myomknoten - Saktosalpinx

Fall 22: G.E., 38 J.

Krankenblatt Nr. 1813/63, Menarche mit 11 J., Menses 30/5-10 Tage, letzte Regel vor 5 Wochen, 1 Geburt, 2 Fehlgeburten.

Anamnese: Seit einem Jahr verstärkte Regelblutungen und zwischenzeitliche Schmierblutungen.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus normal groß, an der linken Fundusecke Verdacht eines Myomknotens, Adnexe nicht beurteilbar.

Untersuchung in Narkose: Entfernung von polypösem Material mit der scharfen Kürette, in der linken Fundusecke eine flache Vorwölbung im Sinne eines Myoms.

Diagnose: Hühnereigroßes submuköses Myom an der linken Funduskante.

Operationsbefund: Statt des erwarteten Myoms findet sich links ein hühnereigroßer Adnextumor. Rechts eine chronische Salpingitis in Form einer Saktosalpinx.

Myomknoten - Salpingitis tuberculosa

Fall 23: K.F., 53 J.

Krankenblatt Nr. 3711/66, Menarche mit 18 J., Menses 28/5 Tage, Menopause vor 1 1/2 J., 1 Fehlgeburt.

Anamnese: Bereits vor 10 Wochen Behandlung wegen Blutungen nach der Menopause infolge eines subserösen Myoms. Jetzt erneute Aufnahme wegen gleicher Beschwerden.

Gynäkologische Untersuchung: Kleines Ektropium an der Portio, Uterus hühnereigroß, links ein Myom.

Zystoskopie: Unauffälliger Befund.

Diagnose: Gut pflaumen- bis hühnereigroßes Myom, das links vom Uterus ausgeht.

Operationsbefund: Kleiner anteflektierter Uterus. Die rechte Tube ist unauffällig, die linke Tube liegt unter breitflächigen Verwachsungen verborgen, ist daumendick aufgetrieben und mit dem Ovar schwartig an der lateralen Uteruswand fixiert.

Histologie: Es liegt eine Salpingitis tuberculosa vor, die größtenteils produktiv, stellenweise auch exsudativ und nekrotisch käsig verändert ist.

Diese 3 Fehldiagnosen eines Adnextumors mögen zur Illustration der vorherigen Ausführungen dienen. Von ihnen trägt vor allem Fall 21 deutliche Zeichen eines entzündlichen Vorgangs, so daß die Fehldiagnose eines Ovarialtumors besonders erstaunt. Schmerzhaftigkeit, Abwehrspannung, die prolongierte Entwicklung, die eiterverschmierte Vulva bzw. Vagina und die akut erhöhte BKS hätten wichtige Hinweise für einen entzündlichen Prozeß liefern müssen, auch wenn das fortgeschrittene Alter der Patientin einen solchen etwas in Frage stellen konnte.

Fall 22 und 23 zeigen ein etwas weniger charakteristisches Bild. Sie zählen zu den mehr verschleierten entzündlichen Adnexprozessen, die sich noch nicht einmal durch eine gesteigerte Schmerzempfindlichkeit zu erkennen geben und meist als Zufallsbefund während der Laparotomie entdeckt werden. Dieses trifft besonders häufig für die Salpingitis tuberculosa zu. Ihre richtige Diagnose wird daher nur bei entsprechendem Verdacht und nur in vereinzelten Fällen gelingen. In dem dieser Ar-

beit zugrundeliegenden Untersuchungsmaterial wurden insgesamt 4 Fälle einer Salpingitis tuberculosa als Zusatzbefund aufgefunden.

D i f f e r e n t i a l d i a g n o s t i k u n d F e h l d i a g n o s e n d e r E x t r a u t e - r i n e n G r a v i d i t ä t

Das Krankheitsbild der extrauterinen Gravidität ist sehr mannigfach und gibt dem Untersucher manches Problem auf. Die Untersuchung muß sich zunächst auf zwei Fragenkomplexe richten: erstens, ob überhaupt eine Schwangerschaft vorliegt und zweitens, ob und wo sich die Fruchtanlage außerhalb des Uterus angesiedelt hat. Besondere Schwierigkeiten entstehen dadurch, daß die Schwangerschaftszeichen bei einem ektopischen Sitz nicht vorhanden sein müssen oder aber, falls sie beobachtet werden, weniger ausgeprägt sind, so daß sie nicht differentialdiagnostisch verwertbar sind. Dies trifft sowohl für die subjektiv wie objektiv feststellbaren Zeichen als auch für die immunologischen Schwangerschaftsnachweise - z.B. den Pregnostikon-Test - zu, der bei der EU meist positiv ausfällt. Hinzu kommt, daß eventuell vorhandene Symptome oder positive Reaktionen einer Schwangerschaft sich um so mehr zurückbilden, je länger der Fruchttod zurückliegt (HASELHORST).

Auch der Palpationsbefund ermöglicht keine genaue Unterscheidung, da auch bei einer EU der Uterus aufglockert und entsprechend vergrößert sein kann.

In der überwiegenden Zahl der Fälle findet eine extrauterine Gravidität in den ersten 2 Monaten, bisweilen erst im 3. Monat durch den Aufbruch ihres Fruchtsackes ein Ende. Dieses kann entweder wie bei der Tubarruptur unter höchst dramatischen Umständen nach aussen in den Peritonealraum oder weniger stürmisch, wie

beim Tubarabort, nach innen in das Lumen der Tube erfolgen.

Die Tubarruptur geht mit erheblichen Blutverlusten einher und ist durch intensive Schmerzen - als ob innerlich etwas zerreißen würde - gekennzeichnet, ohne daß die Schmerzen weiter lokalisiert werden könnten. Als unmittelbare Folge des großen Blutverlustes entwickelt sich auf dieses Initialstadium sehr bald ein Schockzustand mit peritonealen Reizungserscheinungen, bei weniger akutem Ablauf das Symptomenbild eines vegetativen Kollapses und einer Blutungsanämie.

Nicht immer sind die Krankheitserscheinungen so ausgeprägt. In diesen Fällen kann die Regelanamnese unter Umständen Hinweise auf das Vorliegen einer EU liefern. Ihre Aussagekraft ist jedoch nicht zuverlässig, da es auch hier mehrere Reaktionsformen gibt. Gewöhnlich bleibt die Menstruation ein- oder mehreremal aus. Sie kann sich jedoch auch pünktlich zum Termin einstellen oder 3 bis 4 Wochen später auftreten, um dann, wenn auch vermindert, bestehen zu bleiben.

Zerreißungsschmerz und eine nachfolgende Ohnmacht legen den Verdacht einer Tubarruptur nahe. Als weitere richtungsweisende Symptome gelten ein leicht aufgetriebener, aber eindrückbarer Leib, der diffus schmerzempfindlich ist, allgemeine Blässe und oberflächliche Atmung (HASELHORST).

Die Bestimmung des Hb-Gehaltes, der Erythrozyten und des Hämatokrites wird erst nach Ablauf einiger Tage aussagekräftig, da die Werte wegen des langsamen Übertritts der Gewebsflüssigkeit in die Blutbahn nur allmählich absinken.

Sehr viel schwieriger werden die diagnostischen Probleme, wenn eine protrahierte Blutung in das Lumen der Tube zum Absterben der Frucht geführt hat, d.h. ein Tubarabort vorliegt. Hier ist die Symptomatik wenig charakteristisch. Meistens wird jedoch aus der Anamnese bekannt, daß in der zurückliegenden Zeit die Regel aus-

fiel und dann aber fast immer eine verspätete Blutung einsetzte, die von wehen- oder krampfartigen, meist eindeutigen Schmerzen, Schwächezuständen, Erbrechen, Ohnmacht oder gelegentlichen Durchfällen begleitet waren. Bisweilen werden auch eine Erhöhung der Bilirubin- und Hämatinwerte im Blut sowie eine gelblich-ikterische Verfärbung der Haut festgestellt. Ist gleichzeitig die BKS erhöht und ergibt die bimanuelle Tastung einen größeren weichen Tumor hinter oder neben dem Uterus, der selbst zwar aufgelockert, aber doch im Verhältnis zur errechneten Schwangerschaftszeit zu klein erscheint, so wird ein Tubarabort sehr wahrscheinlich.

Das wertvollste Hilfsmittel zur Erkennung einer EU bleibt die Douglaspunktion, die nach HASELHORST und anderen in 90% der Fälle eine zuverlässige Aussage gestattet. Wird reichlich hellrotes Blut aspiriert und ist man sicher, daß keine Vene punktiert wurde, so liegt mit großer Wahrscheinlichkeit eine Tubarruptur mit intraabdominaler Blutung vor. Altes, mit Koageln versetztes Blut spricht eher für eine aus einem Tubarabort hervorgegangene Hämatozele. Bleibt die Punktion ohne Ergebnis, so ist der Douglassche Raum entweder leer, oder es fehlt ein solcher Raum infolge ausgedehnter Verwachsungen. Ein negatives Punktionsergebnis muß daher nicht gegen eine EU sprechen.

In vielen Fällen wird jedoch selbst dieser diagnostische Aufwand zur Abklärung des Krankheitsbildes nicht ausreichen, so daß bei diesen Patientinnen nur noch die Laparoskopie eine Entscheidung über die einzuschlagende Therapie bringen kann.

Einige Schwierigkeiten kann noch die Differentialdiagnostik der EU gegenüber der akuten Adnexitis bereiten, wenn die typischen Symptome der Ruptur fehlen. In der Regel ist die Tubarruptur etwas weniger schmerzhaft, die Schmerzempfindungen bleiben meist auf eine Seite beschränkt, während sich eine Adnexitis meist zweiseitig ausbildet und sehr viel druckempfindlicher ist.

Teigige Konsistenz und rasche Vergrößerung des Tumors,

die allmähliche Ausbildung einer Anämie, das Auftreten von krampf- oder wehenartigen Schmerzen sowie durch die Anämie bedingte erhöhte BKS-Werte ohne eigentliches Fieber sprechen eher für eine EU.

Die Schmerzen der Adnexitis sind dagegen mehr gleichmäßig stechend, bohrend oder brennend und werden manchmal von Fieberschüben begleitet.

Eine Leukozytose kann bei beiden Krankheitsbildern auftreten.

In den Jahren von 1962 bis 1967 wurden in der Charlottenburger Frauenklinik 73 Patientinnen unter der Diagnose einer extrauterinen Gravidität operiert. Hiervon erwiesen sich 10 Fälle, das sind 13,7%, als Fehldiagnosen, denen folgende pathologischen Befunde zugrunde lagen:

Tab. IV: Fehldiagnosen der extrauterinen
Gravidität

- 2 durch einen Myomknoten komplizierte intrauterine Graviditäten
 - 2 durch eine Ovarialzyste komplizierte intrauterine Graviditäten
 - 2 Pyosalpingen
 - 1 Ovarialzyste
 - 1 Hydatide mit Verwachsungen
 - 1 Hydro- bzw. Hämatosalpinx
 - 1 Penetrierendes Sigmakarzinom
-

Bei der Durchsicht der Fälle fiel auf, daß die Diagnose einer extrauterinen Gravidität im allgemeinen zu häufig gestellt und zum Anlaß einer Laparotomie genommen wurde. Hingegen wurde eine wirklich bestehende extrauterine Gravidität, sei es eine Ruptur oder ein Tubarabort, niemals übersehen oder mit einem anderen pathologischen Geschehen verwechselt.

Extrauterine Gravidität - Pyosalpinx, Hämatosalpinx

Fall 24: P.L., 34 J.

Krankenblatt Nr. 281/65, Menarche mit 13 J., Menses 28/4 Tage, letzte Regel vor 4 Wochen.

Anamnese: Schmierblutungen seit der letzten Regelblutung. Die Abrasio vor 12 Tagen ergab unauffälliges Endometrium. Seit 4 Tagen erneute starke Blutungen und zunehmende Schmerzen im rechten Unterleib. Kein Erbrechen, keine Übelkeit oder Kollapserscheinungen.
BKS 38/65 mm.

Gynäkologische Untersuchung: Druckempfindliches, aber weiches Abdomen. Schmierblutung aus dem normal grossen anteflektierten, mobilen Uterus. Im Douglas liegt rechts neben den Adnexen ein nicht genau abgrenzbarer etwa apfelgroßer Tumor, die linken Adnexe scheinen unauffällig zu sein. Negativer Gravindex- und Pregnostikontest.

Laparoskopie: Uterus normal groß. Die rechte Tube ist doppeldaumendick aufgetrieben, geschlängelt und zeigt eine glatte Oberfläche. Die linke Tube ist fingerdick. Aus dem deutlich aufgetriebenen Fimbrientrichter entleert sich etwas altes Blut. Im Douglas befindet sich frisches ungeronnenes Blut.

Diagnose: Dringender Verdacht einer extrauterinen Gravidität.

Operationsbefund: Auf der rechten Seite stellt sich eine gänseeigroße Pyosalpinx dar, in die das rechte Ovar mit einbezogen ist. Auf der linken Seite entspricht der Befund einer Hämatosalpinx bei Tubenendometriose. An den rechten Adnexen erfolgt kein Eingriff. Die linke Tube wird abgesetzt.

EU - Ovarialzyste

Fall 25: F.R., 20 J.

Krankenblatt Nr. 3411/62, Menarche mit 11 J., Menses 28/4-5 Tage. Letzte Regel vor 3 Wochen.

Anamnese: Vor 9 Wochen wurde der Patientin auf eigenen Wunsch vom behandelnden Arzt ein Gräfenberg-ring eingelegt. Daraufhin traten Blutungen auf, die vor einer Woche zur Entfernung des Ringes führten.

Gynäkologische Untersuchung: Menstruationsartige Blutung aus dem Uterus, der normal groß, anteflektiert, derb und mobil erscheint. Hinter dem Uterus, etwas nach rechts verlagert, befindet sich ein gut walnußgroßer, teils zystischer, teils derber Tumor, der wahrscheinlich von den rechten Adnexen ausgeht.

Douglaspunktion: Es werden etwa 50 ccm einer serös-sanguinolenten Flüssigkeit aspiriert.

Diagnose: Verdacht einer EU.

Operationsbefund: Es stellt sich ein normal großer Uterus dar. Beide Tuben sind daumendick aufgetrieben, aber bei Sondierung gut durchgängig. Das rechte Ovar

ist unauffällig. Links findet sich eine fast frauenfaustgroße, nach der Punktion zusammengefallene Ovarialzyste, die unter Zurücklassung eines Ovarialrestes exstirpiert wird.

EU - Stielgedrehte Saktosalpinx

Fall 26: R.H., 30 J.

Krankenblatt Nr. 1537/65, Menarche mit 15 J., Menses 28-30/6-8 Tage, letzte Regel vor 5 1/2 Monaten. Eine Fehlgeburt.

Anamnese: Seit dem Vortage ziehende Schmerzen im Unterleib, vorübergehend Schüttelfrost, jedoch kein Fieber. Seit ihrem 21. Lebensjahr leidet die Patientin unter häufig rezidivierenden Adnexitis-Entzündungen und wurde deswegen bereits 1962 stationär behandelt.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus hühnereigroß, anteflektiert, derb, mobil. Es besteht ein geringer Berührungsschmerz. Die rechten Adnexe sind völlig frei, links wird trotz fehlender Resistenzen ein Druckschmerz angegeben, der jedoch etwas oberhalb der eigentlichen Adnexengegend lokalisiert wird.

Douglaspunktion: Es wird eine seröse Flüssigkeit mit Blutbeimengungen aspiriert.

Diagnose: Verdacht einer EU.

Operationsbefund: Links hinter dem Uterus findet sich eine doppeldaumendick aufgetriebene, stark geschlängelte hämorrhagisch erscheinende Tube. Die rechte Tube ist in eine Hydrosalpinx umgewandelt.

Histologie: Die linken Adnexe sind in eine stielgedrehte hämorrhagisch infarzierte Saktosalpinx umgewandelt.

Von diesen 3 Fällen zeigt eigentlich nur Fall 24 eine Symptomatik, die auf eine EU zutreffen könnte. Es fehlt jedoch eine charakteristische Schmerz- und Regelanamnese, ebenso Hinweise auf eventuelle größere Blutverluste oder Kollapserscheinungen. Der Tastbefund und der laparoskopische Befund machen jedoch eine EU wahrscheinlich und rechtfertigen den Entschluß zur Laparotomie.

Die beiden anderen Fälle zeigen ein noch uncharakteristischeres Krankheitsbild. Anamnese und Untersuchungen sprechen in Fall 26 sogar weit eher für eine subakute, nun wieder aufflackernde Adnexitis, die selbstverständlich in Erwägung gezogen wurde. Diese wird um so wahrscheinlicher, als trotz der langdauernden Amenorrhoe

weder eine Auflockerung oder geringfügige Vergrößerung des Uterus noch irgend eine Tumorbildung aufgefunden wurde. Die Diagnose stützte sich nur auf die positive Douglasspunktion, die, wie dieses Beispiel zeigt, auch einmal zum Anlaß für eine Fehldiagnose werden kann.

In Fall 25 liegt eine ähnliche Situation vor. Auch hier kam die Fehldiagnose infolge der positiven Douglasspunktion zustande, obwohl die Anamnese und die Beschwerden eigentlich gegen oder zumindest nicht für eine EUP sprachen. Der getastete Tumor hätte bei negativem Punktionsergebnis sicher eine andere Erklärung gefunden.

EU - Intakte Gravidität

Fall 27: E.R., 33 J.

Krankenblatt Nr. 2087/62, Menarche mit 15 J., Menses 28/5-6 Tage, letzte Regel vor 3 Monaten, Zangengeburt vor 5 Jahren.

Anamnese: Seit 10 Tagen ziehende Schmerzen im Unterleib, die im Liegen etwas nachlassen. Am Vortage wurden die Schmerzen so heftig, daß die Patientin kollabierte. Pregnostikon-Test positiv.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus entsprechend mens III bis IV vergrößert, links hinter dem Uterus 3 höckerige, derbe Verhärtungen.

Untersuchung in Narkose: Bestätigung des gyn. Befundes; es besteht nun jedoch der Verdacht auf eine Abdominalschwangerschaft, da nicht sicher festzustellen ist, ob nicht der Uterus hinter dem vergrößerten Tumor liegt.

Diagnose: Verdacht einer EU.

Operationsbefund: Man findet einen entsprechend mens III bis IV vergrößerten Uterus mit beiderseits unauffälligen Adnexen. Auch das Abdomen zeigt keine pathologischen Veränderungen, so daß die Ursache der akuten Schmerzen ungeklärt bleibt.

EU - Intakte Gravidität

Fall 28: E.C., 29 J.

Krankenblatt Nr. 4377/64, Menarche mit 12 J., Menses 28/3-4 Tage, letzte Regel vor 8 Wochen.

Anamnese: Im Juli, d.h. vor 6 Monaten, um 8 Tage verspätete Regelblutungen, deshalb kurzer Aufenthalt der Patientin in der Frauenklinik mit anschließender hormoneller Behandlung wegen Dysmenorrhoe. Ausbleiben der Periode seit 3 Monaten, ohne daß Schmierblutungen auftra-

ten. Seit 14 Tagen ziehende Schmerzen im Unterleib, die sich am Vortage noch verstärkten. In der letzten Zeit häufig Brechreiz, Straffung der Brust. Positiver Pregnosticon-Test, jedoch negativer Krötentest.

Gynäkologische Untersuchung: Man tastet links oberhalb des aufgelockerten Uterus einen gut pflaumengroßen, weich erscheinenden Tumor.

Laparoskopie: Ein Überblick über das innere Genitale ist im Verlauf der Laparoskopie nicht eindeutig zu gewinnen, da der Uterus nicht aufgerichtet werden kann. Es entsteht der Eindruck eines relativ kleinen Uterus, der an seiner Oberfläche einige kleine Myomknötchen aufweist. Links hinter dem Uterus, nicht deutlich von diesem abgesetzt, befindet sich ein großer gefäßreicher Tumor von zystischer Konsistenz, der eine EU sehr wahrscheinlich macht.

Diagnose: Verdacht einer EU.

Operationsbefund: Es findet sich eine intakte Gravidität mens II. Der bei der Laparoskopie beschriebene Tumor ist ein an der Vorderwand des Uterus sitzender apfelgroßer subseröser, nekrotischer Myomknoten. Zusätzlich finden sich an der Vorder- und Hinterwand des Uterus mehrere der bereits beschriebenen kleinen Knötchen.

Die beiden letzten Beispiele unterstreichen, wie unüberwindlich manchmal die diagnostischen Schwierigkeiten werden können und wie leicht man trotz gewissenhafter Untersuchung das Opfer einer Verwechslung wird. In beiden Fällen lag eine intakte intrauterine Schwangerschaft mit positiven Schwangerschaftszeichen vor, die aufgrund ihres Tastbefundes und des gleichzeitigen Nachweises eines als EU gedeuteten Tumors nicht erkannt wurden.

In Fall 27 erstaunte der Operationsbefund um so mehr, als hier weder ein Tumor noch ein anderer Prozeß aufgefunden wurde, der die erheblichen Beschwerden der Patientin verursacht haben könnte. In Fall 28 schließlich der Befund so täuschend dem einer extrauterinen Gravidität, so daß die Laparoskopie, die als ultima ratio gilt, die Fehldiagnose noch zu unterstützen schien.

Verwechslungen dieser Art werden immer wieder geschehen und lassen sich vielleicht nur dann etwas einschränken, wenn man bewußt an ihre Möglichkeit denkt.

Ü b e r r a s c h e n d e g e n i t a l e

K a r z i n o m - b z w . S a r k o m b e f u n d e

Bei der Durchsicht des Untersuchungsmaterials fiel auf, daß bei 18 Patientinnen, die wegen eines präoperativ gutartig erscheinenden Tumors operiert wurden - das sind etwas mehr als 1% der durchgeführten Laparotomien -, ein maligner Prozeß vorlag. Auch diese Fälle erscheinen in der Besprechung der übrigen genitalen Fehldiagnosen. Sie sollen hier in einem besonderen Abschnitt im Zusammenhang noch einmal hervorgehoben werden.

Tab. V: Indikationen zur Operation bei überraschenden genitalen Malignomen, die präoperativ nicht als solche erkannt wurden

8 Ovarialtumoren

8 Uteri myomatosi

2 Perforationen während der Kürettage

Diesen Malignomen lagen folgende histologischen Befunde zugrunde:

Tab. VI: Histologische Befunde der überraschend aufgefundenen Malignome

7 Adenokarzinome des Corpus uteri

3 Zervixkarzinome

3 Tubenkarzinome

2 Uterussarkome

2 Ovarialkarzinome

1 Rethotelsarkom des Ovars

Es sei darauf hingewiesen, daß die beiden Ovarialkarzinome und das Retothelsarkom präoperativ nicht als Ovarialtumoren angesprochen wurden. Es sollen wieder einige Beispiele angeführt werden.

Uterus myomat. - Uterus myomat. + Korpuskarzinom

Fall 29: K.I., 54 J.

Krankenblatt Nr. 4204/61, Menarche mit 14, Menopause mit 48 Jahren

Anamnese: Seit einigen Wochen starke Schmerzen im Unterleib.

Gynäkologische Untersuchung: Portio plump und glatt, der Uterus ist etwas vergrößert, gut beweglich und trägt an seiner Vorderwand ein mandarinengroßes Myom. Beide Adnexe und Parametrien sind unauffällig.

Diagnose: Uterus myomatosus.

Operationsbefund: Uterus hühnereigroß, am Fundus ein Myom der beschriebenen Größe. Beide Adnexe sind seitlich hoch an der Beckenwand adhärent, erscheinen jedoch unauffällig.

Histologie: Reifes Adenokarzinom des Corpus uteri neben zystisch glandulärer Hypoplasie der Schleimhaut. Die Karzinomwucherungen reichen nur bis an die Muskulatur heran, es besteht kein wesentliches Tiefenwachstum.

Uterus myomat. - Uterus myomat. + Zervixkarzinom

Fall 30: M.F., 50 J.

Krankenblatt Nr. 2138/63, Menarche mit 12 J., Menses 26/8 Tage, letzte Regel vor 22 Tagen.

Anamnese: Seit 3 Wochen im Anschluß an die zeitgerechte Regel kolikartige Schmerzen im Unterbauch.

Untersuchung in Narkose: Uterus leicht vergrößert, anteflektiert und wenig beweglich. Links am Uterus ein mandarinengroßer derber Tumor. Die rechten Adnexe sind adhärent, die linken nicht eindeutig beurteilbar.

Diagnose: Hypermenorrhoe bei Verdacht auf Uterus myomatosus.

Operationsbefund: Uterus myomatosus und Hämatosalpingen beiderseits.

Histologie: Zervixdrüsenkarzinom. Das Korpus-Endometrium ist atrophisch, intramural finden sich kleine Myomknoten. In beiden Ovarien kleine Implantationsmetastasen.

In beiden Fällen sind die palpatorischen, präoperativ diagnostizierten Befunde nicht sehr ausgeprägt, so daß die Indikation zur Laparotomie jeweils in den starken Beschwerden der Patientin zu suchen ist. Bei weniger deutlichen subjektiven Beschwerden wäre daher unter Umständen die Laparotomie nicht durchgeführt worden. Es ist nicht auszuschließen, daß dann das gleichzeitig

vorliegende Karzinom übersehen worden wäre, zumal in beiden Fällen der zytologische Abstrich bzw. eine Strichkürettage fehlt.

Uterus myomatosus - Zervixkarzinom

Fall 31: P.M., 48 J.

Krankenblatt Nr. 553/64, Menarche mit 16 J., Menses 27/6 Tage, letzte Regel vor 12 Tagen, 2 Geburten, 3 Fehlgeburten, 1961 Myomenukulation außerhalb des Hauses wegen Inkontinenz seit Sommer 1960.

Anamnese: Seit Herbst 63 Rückenschmerzen auf der rechten Seite und krampfartige Schmerzen im Unterbauch. Häufige Kontaktblutungen.

Gynäkologische Untersuchung: Der Uterus ist nach unten gedrängt, hühnereigroß, derb und kaum beweglich. Rechts neben ihm, seitlich bis zur Beckenwand reichend und vom Uterus nicht trennbar liegt ein derber, kleinapfelgroßer, gut abgrenzbarer, aber kaum verschieblicher Tumor. Die Adnexe sind frei.

Zystoskopie: Im oberen Bereich der Blasen hinterwand rechts eine knollige Verdickung.

i.v. Pyelogramm: Es besteht der Eindruck einer maximal gestauten rechten Niere mit ballonartig erweitertem Nierenbecken. Die Blasenkontur ist rechts glatt, links zipflig ausgezogen.

Diagnose: Intraligamentär entwickeltes Myom.

Operationsbefund: Ausgedehnte Verwachsungen des grossen Netzes mit der vorderen Bauchwand. Uterus enteneigroß, anteflektiert. Die Adnexe sind beiderseits entzündlich verändert. Im rechten Parametrium, besonders zur Blase hin, befindet sich ein fast faustgroßer Tumor, der mit seiner Umgebung fest verwachsen ist und in die Blase übergeht. Der rechte Ureter ist doppeldaumendick gestaut, zieht durch den Tumor hindurch und ist mit diesem völlig verbacken.

Histologie: Plattenepithelkarzinom mit Verhornungstendenz, das von der Endozervix ausgeht, tief in das Parametrium eindringt und in die Blase einbricht.

In diesem Fall ist wieder die Anamnese für die Fehldiagnose verantwortlich zu machen. Die frühere Myomoperation konnte an das Vorliegen einer solchen Geschwulst denken lassen, zumal die Symptomatik durchaus für ein inkarzeriertes intraligamentär entwickeltes Myom zu sprechen schien. Dennoch darf ein aus der Anamnese bekannter Befund niemals schematisch auf die gegenwärtig zu behandelnde Erkrankung übertragen werden.

In Fall 31 hätten die häufigen Kontaktblutungen eine kolposkopische Untersuchung der Patientin sowie einen zytologischen Abstrich veranlassen müssen, die mit einiger Wahrscheinlichkeit richtungweisend für die weitere Diagnostik geworden wären.

Ovarialtumor - Leiomyosarkom des Corpus uteri

Fall 32: B.M., 70 J.

Krankenblatt Nr. 3136/64, Menarche mit 15, Menopause mit 47 Jahren. 3 Geburten.

Anamnese: Seit 40 Jahren ist bei der Patientin ein Uterus myomatosus bekannt, der in halbjährlichen Untersuchungen kontrolliert wird. Seit etwas über 9 Wochen Schmerzen im Unterbauch, Völlegefühl und Blasenbeschwerden.

Gynäkologische Untersuchung: Descensus vaginae et uteri mit kolposkopisch unauffälliger Portio, die fast bis auf das Niveau des Introitus vaginae herabgetreten ist. Kindskopfgroßer, bis zum Nabel reichender Tumor mit glatter Oberfläche, der wahrscheinlich vom linken Ovar ausgeht.

Zystoskopie: Reizlose Schleimhaut, kraniale Taschenbildung und strangförmige Einziehung des Blasenbodens.

i.v. Pyelogramm: Verzögerte Kontrastmittelausscheidung, geringe Lateralverlagerung der Ureteren durch den bis zum Nabel aufsteigenden, teilweise verkalkten Tumor.

Diagnose: Kindskopfgroßer Ovarialtumor.

Operationsbefund: Es stellt sich ein vom Uterus ausgehender fast mannskopfgroßer markiger Tumor ein, der das ganze Becken ausfüllt und nach oben bis zum Nabel reicht. Konglomeratbildungen mit dem Mesenterium, Dünndarm, Mesosigmoid und dem Sigmoid.

Histologie: Vielfach nekrotisches, polymorphzelliges Leiomyosarkom der Uteruswand (Sarkoma in myoma). Daneben mehrere verkalkte Myome.

Es handelt sich hier um den relativ seltenen Befund eines Sarkoms, das auf der Basis eines Myoms entstanden ist und oft nur in den Fällen richtig diagnostiziert wird, wenn die Patientin infolge des raschen Geschwulstwachstums innerhalb kurzer Zeit eine deutliche Zunahme ihres Leibesumfangs bemerkt und, durch diesen Umstand beunruhigt, ihren Arzt aufsucht.

Uterus myomat. - Retothelsarkom beider Ovarien

Fall 33: B.C., 51 J.

Krankenblatt Nr. 3826/64, Menarche mit 16, Menopause mit 49 Jahren, 3 Geburten, 1 Fehlgeburt.

Anamnese: Seit 14 Tagen Schmerzen im Unterbauch, wenig bräunlicher Fluor, Polynykturie und häufiger Stuhlgang. Gefühl eines ständigen Drucks auf der Harnblase. Gewichtsabnahme in den letzten 10 Wochen 5 kg.

Gynäkologische Untersuchung: Durch die Bauchdecke tastet man eine druckschmerzhaft, von der Symphyse bis 3 Querfinger unter dem Nabel reichende Resistenz. Erbsgroßer Polyp im Zervikalkanal, Uterus kindskopfgroß. Das Corpus uteri ist nach hinten verlagert und sehr druckschmerzhaft.

i.v. Pyelogramm: Raumfordernder Tumor im kleinen Becken, der die Harnblase eindrückt. Störung der Abflußverhältnisse der rechten Niere. Verdacht einer Metastase im rechten Darmbein.

Diagnose: Erweichter Uterus myomatosus.

Operationsbefund: In der Bauchhöhle findet sich etwas getrübbter Aszites. Der Uterus ist normal groß und von derber Konsistenz. Rechts von ihm liegt ein über faustgroßer weicher Tumor mit unebener Oberfläche. Auf der linken Seite ein etwa gänseeigroßer Tumor von gleicher Beschaffenheit.

Histologie: Retothelsarkom beider Ovarien.

Uterus myomat. - Granulosazelltumor

Fall 34: H.I., 38 J.

Krankenblatt Nr. 3654/64, Menarche mit 14, Menopause mit 33 (!) Jahren. 1 Geburt, 2 Interruptiones wegen weit fortgeschrittener Tuberkulose der Patientin.

Anamnese: Seit September 63 wieder regelmäßige Periodenblutungen, die seit 3 Monaten wieder ausbleiben. Stattdessen Auftreten von Dauer- und Kontaktblutungen.

Gynäkologische Untersuchung: Bis 2 Querfinger unter den Nabel reichender, mehrknollig vergrößerter Uterus.

Zystoskopie: Normale Abflußverhältnisse, Blasendeformationen infolge von Myomknollen.

Diagnose: Mehrknolliger Uterus myomatosus.

Operationsbefund: Uterus gänseeigroß. Das rechte Ovar ist in einen über kindskopfgroßen zystischen, zum Teil intraligamentär gelegenen Tumor verwandelt, der mit dem Uterus verbacken ist. Das linke Ovar ist makroskopisch unauffällig, die linke Tube mit zahlreichen knötchenförmigen Auflagerungen übersät.

Histologie: Granulosazelltumor des rechten Ovars, Atrophie des linken Ovars und Tuberkulose des linken Eileiters.

Saktosalpinx - Tubenkarzinom

Fall 35: L.D., 56 J.

Krankenblatt Nr. 1058/66, Menarche mit 14, Menopause mit 54 Jahren, 3 Geburten.

Anamnese: Seit 8 Wochen schleimig-wäßrige Sekretion aus der Scheide, keine Blutungen.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus normal groß, linke Adnexe unauffällig, die rechten Adnexe sind in eine etwa hühnereigroße Saktosalpinx umgewandelt.

Hysterosalpingographie: Saktosalpinx rechts, Durchgängigkeit der linken Tube, auffallend enger Zervikalkanal.

i.v. Pyelogramm: Freie Abflußverhältnisse zur Blase.

Diagnose: Hühnereigroße Saktosalpinx der rechten Tube.

Operationsbefund: Uterus gänseeigroß. Die linken Adnexe erscheinen makroskopisch gesund, die rechte Tube ist posthornförmig, etwa hühnereigroß aufgetrieben und mit dem seitlichen Beckenperitoneum verwachsen.

Histologie: Hydrosalpinx der rechten Tube, hervorgerufen durch ein etwa taubeneigroßes, den Isthmus tubae stenosierendes Carcinoma solidum medullare. Am Rande des rechten Ovars ein weiterer kleiner karzinomverdächtiger Bezirk.

In Fall 33 wurde bei der bimanuellen Untersuchung der Ovarialtumor mit dem Uterus verwechselt. Solche Irrtümer kommen besonders bei größeren Palpationsbefunden recht häufig vor. Die Gewichtsabnahme in den letzten Wochen und der röntgenologische Verdacht einer Metastase im Darmbein hätten jedoch an einen malignen Prozeß denken lassen müssen.

In Fall 34 ist die Fehldiagnose auf den falsch gedeuteten Tastbefund zurückzuführen. Der Fall unterstreicht einmal mehr, wie vielgestaltig Ovarialtumoren sein können und daß eine mehrknollige Beschaffenheit durchaus zu ihrem Erscheinungsbild gehören kann. Der Granulosa-zelltumor hätte unter Umständen aus den Regelanomalien der Patientin diagnostiziert werden können, selbst wenn diese Tumoren mit einem Anteil von nur 2-3% aller Ovarialtumoren ein recht seltenes Ereignis sind (PSCHYREMBEL).

Tubenkarzinome wie im Fall 35 dagegen zählen zu den Tumoren, die einer Diagnostik am wenigsten zugänglich

sind. Als Hinweis wird von manchen Autoren (STOECKEL, LAX) ein bernsteingelber Fluor angegeben, dem jedoch nur recht unspezifische Bedeutung zugemessen werden kann. Aus diesem Grunde wird man sich damit abfinden müssen, daß die überwiegende Zahl der Tubenkarzinome erst während der Operation erkannt wird.

Mit diesen Beispielen soll die Kasuistik der genitalen Fehldiagnosen abgeschlossen werden.

IV. EXTRAGENITALE FEHLDIAGNOSEN

Die enge topographische Beziehung genitaler und extragenitaler Tumoren zur Bauchhöhle und zum Retroperitoneum sowie die relative Unzugänglichkeit des Untersuchungsgebietes erklären die je nach Lagerung des Falles zum Teil erheblichen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, mit denen ein Untersucher fast täglich in der gynäkologischen Praxis konfrontiert wird.

Sowohl genitale als auch extragenitale Tumoren können trotz ihrer unterschiedlichen Genese eine sehr ähnliche Symptomatik entwickeln. Oftmals wird es gelingen, die Geschwulst dem entsprechenden Organ zuzuordnen und in geeigneter Weise zu behandeln; in allen anderen Fällen aber, in denen diese Zuordnung nicht ohne weiteres gelingt und damit die Entscheidung schwerfällt, ob der Gynäkologe oder der Chirurg operieren soll, ist eine besonders sorgfältige und gezielte Diagnostik zu fordern, um die Patientin einer möglichst schonenden und optimalen Therapie zuzuführen.

Fehldiagnosen treten in diesen unklaren Grenzfällen vermehrt auf und haben oft für die Patientin prekäre Folgen, da nicht jede gynäkologische Klinik die technischen und operativen Voraussetzungen für die große Chirurgie mitbringt und andererseits nicht jede chirurgi-

sche Abteilung über ausreichende Erfahrungen in der operativen Versorgung genitaler Erkrankungen verfügt, um eine unter ungünstigen, nicht vorausgeplanten Bedingungen begonnene Operation erfolgreich zu beenden.

Es erscheint daher sehr empfehlenswert, in allen unklaren Fällen immer eine extragenitale Erkrankung mit in Erwägung zu ziehen und in gemeinsamer enger Zusammenarbeit mit dem Chirurgen weiter zu diskutieren, bis das Krankheitsbild klarere Züge annimmt und damit eine fachgerechte Behandlung ermöglicht wird. Nur auf diese Weise wird es möglich sein, einen Teil der oft überraschenden extragenitalen Fehldiagnosen bereits vor der Laparotomie zu diagnostizieren.

In der Zeit vom 1.1.1962 bis zum 31.12.1967 wurden an der Frauenklinik der Freien Universität Berlin 1585 Laparotomien wegen eines genitalen Prozesses durchgeführt. In 33 dieser Laparotomien, das sind 2,1% der Fälle, fanden sich statt der präoperativ vermuteten genitalen Erkrankung folgende extragenitalen Befunde:

Tab. VII: Extragenitale Fehldiagnosen

2	Bauchdeckenhämatome
3	Konglomerattumoren
3	Pathologische Prozesse des Großen Netzes
2	Magenkarzinome
1	Dünndarmkarzinom
1	Dünndarmmyom
4	Fälle einer Appendizitis bzw. Perityphlitis
1	Karzinoid der Appendix
1	Sigmadivertikulitis
2	Herabgesunkene oder geblähte Darm- abschnitte im Kleinen Becken
6	Sigmakarzinome
3	Rektumkarzinome
1	Zystenniere
1	Blasenkarzinom
2	Retroperitoneale Tumoren

Es sollen wieder einige Beispiele angeführt und diskutiert werden.

Fehldiagnostizierte Häma- tome

Hämatome der Bauchdecken und des Beckenbindegewebes können in der Folge einer stumpfen Gewalteinwirkung auf das Abdomen oder auch spontan aufgrund entzündlich-toxischer Gefäßschäden entstehen.

Diese Veränderungen sind im Sinne eines locus minoris resistentiae zu verstehen und können bereits bei geringen Anstrengungen, plötzlichen Bewegungen, Hustenstößen, Betätigung der Bauchpresse oder allein durch die physiologische Betätigung der Muskeln zu einer Ruptur der Gefäße führen, ohne daß ein eigentliches Trauma nachgewiesen werden könnte (POSATTI).

Als Ursachen der Gefäßwandstörungen werden vor allem die Schwangerschaft, aber auch hämorrhagische Diathese, Grippe, Typhus, Lues, Alkohol- und Phosphorintoxikationen diskutiert (ABELIN).

Spontane Hämatome sind relativ seltene Ereignisse und werden daher häufig erst während der Laparotomie erkannt. Im Vordergrund ihrer Symptomatik steht der plötzlich eintretende intensive Schmerz, der durch den Blutaustritt in das Binde- und Muskelgewebe hervorgerufen wird, und das rasche Wachstum eines meist druckempfindlichen Tumors, der zunächst noch eine prall-elastische Konsistenz mit Zeichen einer Fluktuation besitzt, dann aber bald eine derbe bis harte Beschaffenheit annimmt.

Die differentialdiagnostischen Erwägungen müssen daher je nach Ausdehnung und Alter des Hämatoms das ganze Spektrum der genitalen und abdominellen Erkrankungen mit einbeziehen. Während der Schwangerschaft müssen besonders eine vorzeitige Plazentalösung, Uterus- oder Tubarruptur ausgeschlossen werden.

Hämatome der oberflächlichen Abschnitte des M. rectus werden meist durch die Intersectiones tendineae begrenzt, während sich die tieferen Hämatome des M. rectus meist über dessen ganze Rückwand erstrecken.

Die Erkennung der Bauchwandhämatome bleibt jedoch problematisch, da weder ihre Lokalisation noch ihr anamnestischer Hintergrund einen verbindlichen Rückschluß zulassen.

Noch schwieriger gestaltet sich die Diagnose der tiefen Hämatome des Beckenbindegewebes, die nur in einzelnen Fällen von Myomknollen oder Ovarialtumoren durch ihre diffuse Ausdehnung, ihre unscharfe Begrenzung und ihre schlechte Verschieblichkeit unterschieden werden können (VEIT). Die Aussagekraft dieser Symptome ist jedoch beschränkt und wird immer mit einer großen Fehlerquote behaftet bleiben.

Stielgedrehte Ovarialzyste - Bauchdeckenhämatom

Fall 36: N.C., 49 J.

Krankenblatt Nr. 351/62, Menarche mit 15, Menopause mit 47 Jahren.

Anamnese: Die Patientin klagt seit 4 Wochen über gelegentliche Schmerzen im rechten Unterleib. Am Vortage stürzte sie, konnte jedoch sofort wieder aufstehen. Etwa eine Stunde später setzten heftige Unterleibsschmerzen ein.

Gynäkologische Untersuchung: Abdomen weich, keine Abdominalerscheinungen. Der rechte Unterbauch ist stark druckempfindlich. In diesem Bereich fällt bei der Palpation ein faustgroßer Tumor auf. Uterus normal groß, retroflektiert und nach links verdrängt. Rechts neben und vor dem Uterus ist ein stark druckschmerzhafter, faustgroßer prall-elastischer Tumor zu tasten.

Diagnose: Verdacht auf eine stielgedrehte Ovarialzyste.

Operationsbefund: Rektusmuskulatur stark blutdurchtränkt. Unterhalb des rechten M. rectus befindet sich ein spritzendes Gefäß, das umstochen wird. Von dieser Stelle werden auch alte schwarze Blutkoagel entfernt. Das Peritoneum und der rechte Unterbauch sind ebenfalls blutig durchtränkt. Uterus etwas vergrößert, derb und mit kleinen Myomknötchen durchsetzt.

Ovarialkarzinom - altes fibrinös abgekapseltes Hämatom

Fall 37: F.G., 47 J.

Krankenblatt Nr. 3241/67, Menarche mit 12 J., Menopause vor einem Jahr. 2 Geburten, 2 Aborte.

Anamnese: Die Patientin ist wegen einer fortschreitenden Pyelonephritis in das ständige Hämodialyseprogramm des Westend-Krankenhauses aufgenommen. Überweisung von dort wegen schmerzhafter Blutungen nach der Menopause.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus normal groß, nicht beweglich. Rechts neben ihm tastet man einen über kindskopfgroßen, teils zystisch, teils solide erscheinenden unbeweglichen Tumor.

Diagnose: Verdacht eines Ovarialkarzinoms.

Operationsbefund: Man findet den getasteten Tumor, der, retroperitoneal gelegen, breit mit dem über ihn gelagerten Dünndarm und Sigma verwachsen ist. Es handelt sich um ein über mannsfaustgroßes altes, fibrinös abgekapseltes Hämatom, das im Schnitt aus blutig durchtränkten kolloidalen Massen besteht.

Beide Fälle verdeutlichen, wie unüberwindlich manchmal die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten sein können und wie sehr der Untersucher geneigt ist, jede andere Diagnose der eines Hämatoms vorzuziehen. Fall 36 kann sogar als ein fast typisches Beispiel eines stielgedrehten Prozesses angesehen werden. In Fall 37 hätte eventuell die aus der Anamnese bekannte Dauermarkumariierung der Patientin als Hinweis für ein Hämatom gewertet werden können, obwohl auch hier der Palpationsbefund und die postmenopausischen Blutungen die gestellte Diagnose wahrscheinlicher machten.

F e h l d i a g n o s t i z i e r t e K o n - g l o m e r a t t u m o r e n

Die Symptomatik der entzündlichen, meist mit ihrer Umgebung verwachsenen Adnextumoren wurde bereits in einem früheren Abschnitt (Seite 40) besprochen. Hier sollen ergänzend nur noch diejenigen extragenitalen Prozesse genannt werden, die zu einer Konglomeratbildung und damit zu einer Verwechslung mit einem genitalen Tumor Anlaß geben können.

Konglomerattumoren entstehen entweder im Anschluß an frühere Operationen durch Verklebung der benachbarten Organe und Schrumpfung der bindegewebigen Narben

innerhalb des Operationsgebietes oder aber auf entzündlicher Basis.

Es ist allgemein bekannt, daß, je öfter das intraabdominale Gleichgewicht der Organe durch operative Eingriffe gestört wird, die Gefahr postoperativer Verwachungsbeschwerden erheblich zunimmt. Abhängig von der mesenchymalen Reaktionslage des Organismus, können sich ausgedehnte Verwachungskonglomerate aus den verschiedensten Abschnitten des Magen-Darm-Traktes herausbilden, die später dann als dicke Stränge, Platten und Tumoren getastet werden, während die Hautnarbe zart und unauffällig geblieben ist. Die entscheidenden Hinweise zur Aufdeckung dieser Verwachungen wird daher die Anamnese liefern müssen.

Weit häufiger sind entzündliche Prozesse für die Konglomeratbildung verantwortlich zu machen, die sich nicht selten im Anschluß an ein akutes Krankheitsgeschehen entwickeln. Besonders zu nennen sind die Perforation einer Appendizitis bzw. eines Gallenblasenempyems, der Durchbruch eines Magen- oder Duodenalgeschwürs, die akute Pankreatitis, Residualzustände nach einer Durchwanderungsperitonitis und die sich in die Bauchhöhle entleerende eitrige Adnexitis. Es kommt zur Ausbildung von intraabdominellen Abszessen, die sich in jedem Abschnitt der Bauchhöhle, also auch zwischen den Darmschlingen, entwickeln können. Mit einer gewissen Regelmäßigkeit findet man sie im Bereich des subphrenischen, subhepatischen und Douglasschen Raumes, so daß Verwechslungen mit genitalen Tumoren leicht entstehen können.

Ovarialkarzinom - Adhäsionen

Fall 38: C.C., 69 Jahre.

Krankenblatt Nr. 208/63, Menarche mit 15, Menopause mit 51 Jahren.

Anamnese: Im Verlauf der stationären Behandlung der Patientin wegen einer Osteomyelofibrose außerhalb des Hauses ergab sich der dringende Verdacht eines Ovarialtumors.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus nicht sicher heraustastbar, Ovarien beiderseits etwa faustgroß und von weicher Konsistenz.

Diagnose: Ovarialkarzinom.

Operationsbefund: Die getasteten Tumoren werden nicht aufgefunden. Stattdessen finden sich breite Verwachsungen und ein mäßiger Meteorismus der Darmschlingen. Im Bereich der Appendix besteht eine strahlige Einziehung, um die zwei Darmschlingen konzentrisch gewunden und fest miteinander verwachsen sind.

Korpuskarzinomrezidiv - entzündliche Netz-Sigma-Verwachsungen

Fall 39: M.F., 54 J.

Krankenblatt Nr. 1292/64, Menarche mit 16, Menopause mit 51 Jahren.

Anamnese: Totalexstirpation des Uterus vor 3 Jahren wegen Korpuskarzinom.

Gynäkologische Untersuchung: Bei der letzten Kontrolluntersuchung fiel ein links gelegenes, bis zur Beckenwand ziehendes Infiltrat auf, das den Verdacht eines Karzinomrezidivs nahelegte.

i.v. Pyelogramm: Normale Ausscheidungs- und Abflußverhältnisse.

Retrograder Kontrasteinlauf: Kein Anhalt für einen pathologischen Darmprozeß.

Diagnose: Rezidiv eines Korpuskarzinoms.

Operationsbefund: Bei der Laparotomie stellt sich heraus, daß die getastete Infiltration durch entzündliche Netz-Sigma-Verwachsungen vorgetäuscht wurde.

In beiden Fällen konnte die Diagnose nicht durch den Op.-Befund bestätigt werden, so daß die Frage nach der Indikation zur Laparotomie gestellt werden muß. Während im Fall 39 die Anamnese eines Korpuskarzinoms, der Tastbefund und die unauffälligen röntgenologischen Untersuchungen den Verdacht eines Rezidivs nahelegten und daher den operativen Eingriff geradezu forderten, hätte andererseits die Diagnostik in Fall 38 weiter vorangetrieben werden müssen. Diese Forderung muß um so nachhaltiger gestellt werden, als die Patientin im Anschluß an die eventuell nicht erforderlich gewesene Operation eine Pylonephritis entwickelte, an deren Folgen sie verstarb.

Fehldiagnostizierte Erkrankungen des Großen Netzes

Das Omentum majus hat für den Organismus nicht nur als Fettspeicher eine Bedeutung, sondern erfüllt zusätzlich durch seine Fähigkeit, entzündliche Prozesse der Bauchhöhle von ihrer Umgebung zu isolieren, eine wichtige protektive Funktion. Man wird daher bei fast allen entzündlichen Tumoren der Bauchhöhle eine Mitbeteiligung des Netzes annehmen müssen, die nicht selten an der großen Verschieblichkeit der Tumoren erkannt werden kann.

Nach operativen Eingriffen, Reposition eingeklemmter Brüche und aus anderen nicht weiter definierbaren Gründen können einzelne Abschnitte des Omentum majus sich vergrößern und als hypertrophierte Appendices epiploicae einen Ovarialtumor oder subserösen Myomknoten vortäuschen. Liegt eine zusätzliche Torsion dieser Abschnitte vor, so kann auch der Eindruck einer Stieldrehung, einer akuten Adnexitis oder Appendizitis entstehen (H.H. SCHMID).

Nicht selten trifft man eine ausgedehnte Durchmetastasierung des großen Netzes an, wobei die Primärgeschwulst wegen der generalisierten Aussaat der Metastasen oft nicht mehr zu erkennen ist. Die multiplen Metastasen entwickeln sich dann im Gegensatz zu den äußerst seltenen primären Geschwulsten des Netzes zu ausgedehnten Platten und karzinomatösen Schwarten, die sich oft recht gut durch die äußere Palpation erfassen lassen.

Uterus myomatosus - massiver Netzzipfel

Fall 40: D.E., 41 J.

Krankenblatt Nr. 1461/66, Menarche mit 16 J., Menses 19-32/7 Tage, letzte Regel vor 7 Wochen, 1 norm. Geburt.

Anamnese: Seit einigen Jahren bestehen verstärkte und verlängerte Regelblutungen sowie ein weißlichgelber Fluor. Seit einigen Monaten klagt die Patientin über unwillkürlichen Harnabgang, der besonders nach Anstren-

gungen verstärkt einsetzt. Vor 8 Jahren "Senkungsoperation".

Gynäkologische Untersuchung: Große zirkuläre U-Zone der Portio mit mehreren Ovula Nabothii, Uterus mehrknollig, etwa frauenfaustgroß, nach links ausladend. Adnexe beiderseits unauffällig.

Zystoskopie: Normaler Befund.

Diagnose: Relative Harninkontinenz bei Uterus myomatosus.

Operationsbefund: Nach der Eröffnung muß ein apfelgroßer Netzzipfel entfernt werden, der als Ursache der Fehldiagnose anzusehen ist. Uterus hühnereigroß und nach Doléris antefixiert, sonst unauffällig.

Adnextumor - Verwachsungen des sehr beweglichen Sigma mit vergrößerten Appendices epiploicae

Fall 41: R.E., 55 J.

Krankenblatt Nr. 4144/63, Menarche mit 17, Menopause mit 53 Jahren.

Anamnese: Seit mehreren Wochen vermehrter Fluor und Schmerzen im linken Unterleib.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus anteflektiert, hühnereigroß, derb mit einem erbsgroßen retrozervikalen Knoten. Linke Adnexe gering verdickt und etwas druckschmerzhaft.

Diagnose: Adnextumor.

Operationsbefund: Uterus normal groß, beiderseits zarte Tuben und normal große Ovarien. Das sehr bewegliche Sigma ist mit einigen vergrößerten Appendices epiploicae in der Nähe der linken Tube adhärent.

Ovarialkarzinom - Karzinomatöse Netzplatte, Uterus myomatosus

Fall 42: K.L., 48 J.

Krankenblatt Nr. 1911/64, Menarche mit 14 J., Menses 23-25/3 Tage, letzte Regel vor 23 Tagen. BSG 38/78 mm.

Anamnese: Seit 14 Tagen bemerkt die Patientin ein Dickerwerden ihres Leibes.

Gynäkologische Untersuchung: abdomen prall gespannt, Uterus in Streckstellung, offenbar vergrößert. Im Douglas befindet sich ein etwa pflaumengroßer derber, glatt begrenzter Tumor.

i.v. Pyelogramm: Im kleinen Becken ein verkalkter Tumor, der einem verkalkten Ovarialtumor entspricht.

Magen-Darm-Passage: Kein Anhalt für ein Magenneoplasma. Die beschleunigte Dünndarmpassage und das grob zerrissene Schleimhautrelief des Dickdarms lassen an einen intestinalen Prozeß im Sinne einer Kolitis-Jejunitis denken. Eine Colitis ulcerosa kann weitgehend ausgeschlossen werden.

Retrograder Kontrasteinlauf: Verdacht eines einengenden Prozesses im Querkolon.

Diagnose: Verdacht eines Ovarialkarzinoms.

Operationsbefund: Faustgroßer, vielknollig veränderter Uterus myomatosus. Beide Adnexe makroskopisch o.B. Es fließen etwa 6 l Aszites ab. Das große Netz ist in eine dicke karzinomatöse Platte umgewandelt, multiple Metastasenknötchen in der ganzen Bauchhöhle.

Histologie: Metastasen eines unbekannten Adeno-Karzinoms. Das Genitale ist mit Ausnahme einer kleinen Metastase im linken Ovar nicht von Karzinomgewebe durchsetzt.

Die letzten Beispiele unterstreichen, wie uncharakteristisch Netzprozesse ablaufen können. In Fall 40 und 41 hätten unter Umständen die röntgenologische Durchuntersuchung und die Laparoskopie einen gewissen Hinweis auf das eigentliche Geschehen liefern können. Es bleibt daher zu überlegen, ob nicht die Indikation zur Laparoskopie und röntgenologischen Durchuntersuchung auf alle unklaren tumorösen Prozesse im Bereich des weiblichen Genitale ausgedehnt werden sollte, selbst wenn ihre Aussagekraft auch manchmal - wie in Fall 42 - wenig überzeugend zu sein scheint.

Fehldiagnostizierte Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes

Pathologische Darmprozesse führen häufig zu Verwechslungen mit genitalen Erkrankungen. Ihre Symptomatik sollte daher jedem Gynäkologen ständig gegenwärtig sein, um die Zahl der Fehldiagnosen möglichst klein zu halten. Die ausführliche Differentialdiagnostik der Darmerkrankungen ist in den Lehrbüchern der Chirurgie nachzulesen. Hier sollen nur einige allgemeine Gesichtspunkte angedeutet werden.

Neben Hinweisen aus der Anamnese können für die Diagnose einer Erkrankung des Magen-Darm-Traktes die Schnelligkeit der Schmerzentwicklung, die Lokalisation eines maximalen Schmerzpunktes, der Grad und die Ausdehnung der

Muskelspannung, Brechreiz oder Erbrechen, Auskultation und Perkussion des Abdomens sowie eine Hämatemesis oder der Nachweis von Blut im Stuhl eine entscheidende Bedeutung gewinnen.

Die wichtigsten Informationen liefert jedoch die ausführliche Röntgendiagnostik, die mit Hilfe der Leeraufnahme, der Magen-Darm-Passage, des retrograden Kontrasteinlaufes und des i.v. Pyelogramms Spiegelbildungen, Stenosen, pathologische Nischenbildungen und Aussparungen sowie verdrängende Prozesse im Magen-Darm-Trakt nachzuweisen vermag.

Bei Erkrankungen des Enddarms muß die Diagnostik neben der rektalen Austastung durch die Rektoskopie, bei höhersitzenden Tumoren durch die Sigmoidoskopie vervollständigt werden, die gleichzeitig auch die Entnahme mehrerer Probeexzisionen aus verdächtigen Bezirken und ihre histologische Aufarbeitung erlauben.

Von den zahlreichen bekannten Magen-Darm-Erkrankungen sollen im folgenden nur diejenigen Prozesse etwas näher besprochen werden, die in dieser Untersuchung Anlaß zu Fehldiagnosen gaben.

M a g e n k a r z i n o m

Der Magenkrebs gehört zu den häufigsten Karzinomen und hat, ähnlich wie das Dünndarm- und Gallenblasenkarzinom, die Eigenschaft, frühzeitig Metastasen im weiblichen Genitale, besonders in den Ovarien, zu bilden. Dabei kann es geschehen, daß die Symptomatik der Erkrankung nicht von dem oft noch symptomarmen Primärtumor, sondern von dessen Metastasen bestimmt wird.

Histologisch zeigen diese Tumoren meist den gleichen Aufbau wie jene Geschwulste, von denen sie ausgehen. Metastasen von Karzinomen des Magen-Darm-Traktes sind daher durch ihre charakteristischen schleimbildenden Siegelringzellen und eine wahrscheinlich reaktiv bedingte Ver-

mehrerung des Bindegewebes gekennzeichnet. Diese Geschwulste werden in der Literatur nach ihrem Erstbeschreiber als Krukenbergstumoren bezeichnet, obwohl Krukenberg die Geschwulste ursprünglich für primäre Ovarialtumoren hielt und sie als ein Fibrosarkoma ovarii mucocellulare carcinomatodes beschrieb (STOECKEL-LAX).

Der Verdacht eines Magenkrebses sollte immer dann in Erwägung gezogen werden, wenn eine Patientin in den fünfziger Jahren (NISSEN) neben den allgemeinen Tumorzeichen wie rasche Abmagerung, Anämie, Linksverschiebung im weissen Blutbild und erhöhte BSG über Appetitlosigkeit und Völlegefühl nach dem Essen, eigentümliche Druckbeschwerden im Oberbauch, gelegentlichen Brechreiz und Erbrechen oder Neigung zu Diarrhoe und Obstipation klagt.

Diese Symptome sind selbstverständlich wenig charakteristisch, müssen jedoch in jedem Fall zu einer genauen röntgenologischen Durchuntersuchung Anlaß geben, die dann meist den primären Krankheitsprozeß aufdecken wird.

Ovarialkarzinom - Magen- bzw. Gallenblasenkarzinom

Fall 43: N.D., G. J.

Krankenblatt Nr. 1870/62, Menarche mit 16, Menopause mit 52 Jahren.

Anamnese: Die Patientin klagt über einen Gewichtsverlust von 10 kg in den letzten 5 Monaten, allgemeine Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Appetitlosigkeit. Seit einem Monat bemerkt sie einen an Größe zunehmenden Tumor in ihrem Unterleib.

Gynäkologische Untersuchung: Kachexie, schlaaffe, dünne Bauchdecken, kein Anhalt für Aszites. Uterus klein, derb, in Streckstellung. Das linke Ovar ist in einen frauenfaustgroßen derben, mehrhöckerigen, beweglichen Tumor umgewandelt. Das rechte Ovar ist ebenfalls in einen Tumor unterschiedlicher Konsistenz umgewandelt, dessen Größe sich nicht sicher abgrenzen läßt. Im Douglas befindet sich ein fingerdicker derber Strang, daneben einige derbe Knötchen.

i.v. Pyelogramm: Großer weichteildichter Schatten, der bis zur Höhe des 4. Lendenwirbels reicht. Normale Ausscheidungs- und Abflußverhältnisse.

Zystoskopie: Unauffälliger Befund.

Rektoskopie: Tubuseinführung bis in eine Höhe von 20 cm. Kein Anhalt für einen neoplastischen oder infiltrativen Prozeß.

Kolon-Kontrasteinlauf: Kein sicherer Anhalt für einen Tumor.

Diagnose: Ovarialkarzinom.

Operationsbefund: Es entleeren sich etwa 3 l klare Aszitesflüssigkeit. Uterus klein, anteflektiert. Beide Ovarien sind derbknötig und nicht wesentlich vergrößert. Ausgedehnte Aussaat derber Tumorknoten in der ganzen Bauchhöhle, besonders in der Gegend des Zökum. Im Oberbauch finden sich in der Gallenblasengegend und zum Magen hin derbe Tumorinfiltrate. Die Leber ist erheblich vergrößert.

Histologie: Metastasierendes Adenokarzinom. Sitz des Primärtumors vermutlich Gallenblase oder Magen. Metastasen in den Ovarien und in der gesamten Bauchhöhle.

Ovarialkarzinom - Metastase eines Magenkarzinoms

Fall 44: K.S., 55 J.

Krankenblatt Nr. 1834/64, Menarche mit 16, Menopause mit 40 Jahren. 1 Geburt, 1 Fehlgeburt. Vor 15 J. vag. Uterus-exstirpation ohne Adnexe wegen Myoms.

Anamnese: Seit 4 Monaten bestehen wechselnd starke Schmerzen im Unterleib. BSG 30/65 mm.

Gynäkologische Untersuchung: Verdacht eines Ovarialtumors.

Diagnose: Ovarialkarzinom.

Operationsbefund: Der teils zystische, teils solide Tumor füllt das ganze kleine Becken aus. Die Ureteren sind von Tumorschwarten ummauert. Implantationsmetastasen im Douglas und lateral der Sigmaschlinge. Die Nach tastung am Magen ergibt ein kleinhandflächengroßes Infiltrat am Magenausgang.

Histologie: Teils solide, teils nekrotisch erweichte Metastase eines undifferenzierten Magenkarzinoms.

In Fall 43 wurde eine recht ausführliche Diagnostik betrieben, in der nur die in der Gynäkologie allgemein zu selten durchgeführte Magen-Darm-Passage fehlt. Außerdem wurde das Vorliegen des Aszites nicht erkannt, nach dessen Punktion Größe und Veränderungen der Ovarien eventuell besser hätten beurteilt werden können.

In Fall 44 hat man sich allzusehr auf den Tastbefund verlassen, der durch den Op.-Befund gewissermaßen seine Bestätigung fand, auch wenn es sich nicht um ein Ovarialkarzinom, das man wahrscheinlich vermutet hatte, sondern um ein Metastasenkonglomerat handelte. Dennoch hätte man zur weiteren Abklärung des Krankheitsbildes die allge-

meine Diagnostik weiter vorantreiben müssen. Die Magen-Darm-Passage wurde erst 2 Wochen nach dem gynäkologischen Eingriff nachgeholt und ließ einen pathologischen Prozeß im Antrum des Magens erkennen, der sich später in einer 2. Operation als kleinzelliges Magenkarzinom erwies.

D ü n n d a r m k a r z i n o m

Karzinome des Dünndarms sind sehr selten und entwickeln sich im Gegensatz zum Sarkom, das meist im Ileum auftritt, bevorzugt im Jejunum. Sie geben sich durch okkulten Blutabgang im Stuhl, Kolikschmerzen, Hyperperistaltik und Meteorismus im Mittelbauch zu erkennen, denen eine Behinderung oder der komplette Stop in der Magen-Darm-Passage entspricht (NISSEN). Im übrigen gelten auch hier die zum Magenkarzinom gemachten Anmerkungen.

Ovarialkarzinom - Gallertkarzinom des Dünndarms

Fall 45: E.M., 68 J.

Krankenblatt Nr. 3083/64, Menarche mit 16, Menopause mit 50 Jahren. 1 Geburt.

Anamnese: Seit 1 1/2 Jahren Nachlassen des Appetits und Gewichtsverlust von 20 kg. Die klinische Durchuntersuchung in einer internen Klinik vor 6 Monaten ergab keinen Anhalt für einen Tumor; i.v. Pyelogramm, Zystoskopie und Magen-Darm-Passage waren unauffällig.

Gynäkologische Untersuchung in Narkose: Uterus etwas vergrößert, retrovertiert und an seiner Hinterwand etwas adhärent. Adnexe nicht sicher beurteilbar. Im Douglas fühlt man eine knotige Resistenz. Im linken Mittelbauch, aber noch in Beziehung zum Becken findet sich ein isolierter, kleinkindskopfgroßer Konglomerattumor, dessen Ausgangsort nicht ganz klar ist.

i.v. Pyelogramm: Geringe Vergrößerung des Nierenbeckens rechts ohne Stauung der ableitenden Harnwege.

Zystoskopie: Normale Schleimhaut und unauffällige Ausscheidungsverhältnisse. Die Blasenhinterwand ist etwas vorgewölbt.

Magen-Darm-Passage: Glatte Ösophaguspassage, unauffällige Magenschleimhaut. Hakenmagen mit glatten Kurvaturen und zeitgerechte Ausschüttung des Kontrastmittels in das Duodenum. Bei der weiteren Kontrolle des Kontrastmittels durch den Dünndarm sind keine pathologischen Veränderungen festzustellen.

Retrograder Kontrasteinlauf: Kein Anhalt für einen Tumor im Bereich des Dickdarms, der jedoch atonisch ist

und eine erschwerte Entleerung aufweist.

Diagnose: Verdacht eines Ovarialkarzinoms.

Operationsbefund: Der getastete Tumor besteht aus einem Konglomerat aus Dünndarmschlingen und Sigma, an dessen oberem Pol das Colon transversum adhärent ist.

Histologie: Es handelt sich um ein ausgedehntes Gallertkarzinom des Dünndarms mit Penetration in das Netz, Kolon und Sigma. Ausgedehnte Metastasierung in die mesenterialen Lymphknoten.

Fall 45 veranschaulicht recht eindringlich, wie selbst bei gewissenhaftester Diagnostik die Möglichkeit einer Fehldiagnose nicht ausgeschlossen werden kann, da alle noch so exakten Untersuchungsergebnisse notgedrungen einer subjektiven Beurteilung und damit allen Gefahren einer Fehldeutung ausgesetzt sind.

Es sei angemerkt, daß die Röntgenbilder dieses Falles 5 Tage nach der Operation dem von einer Tagung zurückgekehrten Röntgenologen des Hauses vorgelegt wurden. Nach seinem Befund handelte es sich um einen polypös-stenosierenden Tumor im mittleren Abschnitt des Jejunum, welcher auf das Colon descendens und das obere Sigma übergreifen hat. Damit erhielt der Op.-Befund seine leider erst nachträgliche röntgenologische Bestätigung.

D ü n n d a r m m y o m

Dünndarmmyome zählen neben den polypösen Adenomen, Lipomen und Neurinomen zu den relativ seltenen gutartigen Tumoren des Dünndarms, die jedoch in 15-20% maligne entarten können. Ihr bevorzugter Sitz ist das Ileum.

Die Tumoren können lange Zeit unerkannt bleiben und werden meist erst während der Operation erkannt, wenn sie durch teilweise oder vollständige Verlegung bzw. äussere Kompression des Darmlumens zu chronischen oder hochakuten Ileuserscheinungen geführt haben.

Vulvakarzinom + Tumor vor dem Uterus - Vulvakarzinom + Dünndarmmyom

Fall 46: N.M., 75 J.

Krankenblatt Nr. 1062/63, Menarche mit 13, Menopause mit

52 Jahren. Eine Fehlgeburt.

Anamnese: Vor einem Dreivierteljahr bemerkte die Patientin ein kleines Knötchen an der rechten großen Schamlippe, das sich langsam vergrößerte und gelegentlich blutete.

Gynäkologischer Befund: Vulvakarzinom.

Untersuchung in Narkose: Uterus knapp hühnereigroß, retrovertiert. Vor dem Uterus ein faustgroßer derber, gut beweglicher Tumor.

Diagnose: Vulvakarzinom. Tumor vor dem Uterus.

Operationsbefund: Zunächst Exstirpation des tumorösen Vulvagebietes, darauf Umlagerung der Patientin und Pfannenstielquerschnitt. Es zeigt sich, daß der Tumor von der Darmwand einer oberen Ileumschlinge ausgeht.

Histologie: Teilweise nekrotisch umgewandeltes Dünndarmmyom.

Es ist anzunehmen, daß die Genese dieses symptomarmen Zufallsbefundes auch bei einer ausführlicheren Diagnostik nicht geklärt worden wäre.

A p p e n d i z i t i s - P e r i t y p h l i - t i s

Die Appendizitis ist die häufigste Erkrankung des rechten Unterbauches und verdient wegen ihrer engen differentialdiagnostischen Beziehungen zur rechtsseitigen Adnexitis der Frau sowie wegen ihrer operativen Konsequenzen das besondere Interesse des Gynäkologen.

Zur Aufklärung einer Adnexitis, deren Symptomatik bereits in einem früheren Abschnitt dargestellt wurde, trägt ganz entscheidend die gynäkologische Anamnese bei, da sich diese Erkrankung bevorzugt zur Zeit oder kurz nach der Menstruation, nach dem Geschlechtsverkehr, nach einer Geburt oder einem Abort entwickelt, während die Appendizitis zu jedem Zeitpunkt des Zyklus und unabhängig von vorausgehenden gynäkologischen Ereignissen auftreten kann. Der Verlauf der Adnexitis ist meist akut und geht mit einem erheblichen subjektiven Krankheitsgefühl einher.

Die Beschwerden bei einer Appendizitis entwickeln sich dagegen, abgesehen von den selteneren akut einset-

zenden Fällen, über einen längeren Zeitraum, nehmen allmählich an Intensität bis zu kolikartigen Magen- und Leibschmerzen mit heftigem Brechreiz und Erbrechen zu und gehen schließlich nach einigen Stunden in einen meist erträglichen Dauerschmerz im rechten Unterbauch über. Gleichzeitig kann sich eine leichte Obstipation einstellen.

Zu den klassischen Zeichen der Appendizitis zählen ferner die lokale Abwehrspannung der Bauchmuskulatur des rechten Unterbauches sowie ein je nach der Lage der Appendix variierender, meist jedoch am McBurneyschen Punkt in der Mitte zwischen der Spina iliaca anterior superior dextra und dem Nabel auslösbarer und begrenzter Druckschmerz. Bei weichen Bauchdecken kann der durch vorsichtiges Eindrücken der Bauchdecken und plötzliches Loslassen des Druckes hervorgerufene Entlastungsschmerz auf eine entzündete Appendix hinweisen.

Die rektale bzw. vaginale Untersuchung ergibt meist eine verstärkte Druckempfindlichkeit der rechten Bauchseite, läßt dagegen den für eine Adnexitis sprechenden starken Douglasschmerz, den Verschiebeschmerz des Uterus und den charakteristischen Tastbefund einer teigigen Resistenz der betroffenen Adnexe vermissen.

Das Allgemeinbefinden der Patienten mit einer Appendizitis ist meist wenig beeinträchtigt. Die Temperatur liegt im Bereich der Norm oder ist leicht erhöht und zeigt nicht selten zwischen rektaler und axillärer Messung eine Differenz von mehr als einem Grad. Die Pulsfrequenz kann im Gegensatz zur Adnexitis in etwa der Hälfte der Fälle beschleunigter sein, als es die Temperatur erwarten ließe. Das Differentialblutbild zeigt nur selten eine Linksverschiebung, die Leukozytenzahlen dürften jedoch fast immer erhöht sein.

In der Mehrzahl der Fälle klingt die akute Appendizitis ohne jedes Zutun oder unter konservativen Maßnahmen wieder ab. Die entzündlichen Erscheinungen können jedoch auch stürmisch fortschreiten und zur Perforation des Blinddarms führen, die alle Gefahren einer

eitrig-diffusen Peritonitis heraufbeschwört und nicht selten in einem paralytischen Kreislaufversagen deletär endet. Andere, aber ebenso gefährliche Komplikationen ergeben sich aus dem vermehrten Auftreten von Pylephlebitiden, Leberabszessen und Durchbrüchen in benachbarte Hohlorgane.

In etwas günstigeren Fällen kann der entzündliche Prozeß durch die Abwehrkraft des Peritoneums und des Omentum majus auf die Umgebung der Appendix begrenzt bleiben. Es entwickelt sich dann im Verlauf weniger Tage ein umschriebenes perityphlitisches Infiltrat, das einen charakteristischen Tastbefund besitzt und sich durch länger andauernde subfebrile Temperaturen und über längere Zeit erhöhte Leukozytenwerte zu erkennen gibt.

Dieses Infiltrat kann sich nun entweder zu einem Abszeß abkapseln, oder aber es senkt sich langsam tiefer und bezieht das weibliche Genitale, besonders die rechten, aber auch die linken Adnexe, die Parametrien und den Douglas in den entzündlichen Prozeß mit ein. Auf diese Weise kann die Perityphlitis zu einer häufig beobachteten Ursache einer späteren Sterilität werden.

Mit einiger Sicherheit lassen sich diese Komplikationen nur dann vermeiden, wenn die Appendizitis bereits in ihrem Frühstadium erkannt und sofort einer sachgerechten Operation zugeführt wird. Es empfiehlt sich daher, auch in zweifelhaften Fällen stets eine Appendizitis anzunehmen und unter diesem Aspekt zu operieren. Läßt man nämlich im Falle einer Fehldiagnose die entzündlich veränderten Adnexe in Ruhe, so entsteht auch für die Patientin durch diesen Eingriff kein großer Nachteil.

Ovarialkarzinom - Perforierte Appendizitis

Fall 47, O.K., 63 J.

Krankenblatt Nr. 2556/62, Menarche mit 13, Menopause mit 50 Jahren.

Anamnese: Vor 14 Tagen Durchfälle, Erbrechen, Schüttelfrost, Fieber und krampfartige Schmerzen im rechten und linken unteren Abdomen. Seit einigen Tagen leichte Lippenzyanose.

Gynäkologische Untersuchung: Vagina sehr eng, Uterus daher nicht genau bestimmbar. Im linken Unterbauch ist ein etwa mannsfaustgroßer, wahrscheinlich glattwandiger Tumor zu tasten, der nach rechts hin verdrängt.

Rektale Untersuchung: Kein Anhalt für ein Neoplasma. Im kleinen Becken ist dagegen eine tumoröse Verhärtung zu tasten.

Retrograder Kontrasteinlauf: Kein Anhalt für eine Divertikulitis oder ein Rektum- bzw. Sigmakarzinom.

Zystoskopie: Normale Blasenschleimhaut und Ausscheidungsverhältnisse, jedoch Vorwölbung der Blasenhinterwand.

Diagnose: Beiderseitiges Ovarialkarzinom.

Operationsbefund: Das ganze kleine Becken ist von Ileumschlingen und Anteilen des Großen Netzes abgedeckt. Unter den Darmschlingen befindet sich eine Eiterhöhle, aus der sich etwa 100 ccm dickrahmiger, nach Coli stinkender Eiter entleert. Es zeigt sich, daß das Zöcum in das Becken hereingezogen ist und die phlegmonös aufgetriebene, zum Teil zerstörte Appendix, die sich in einem zweiten, rechtsseitig gelegenen Eiterherd befindet, als Ursache des entzündlichen Prozesses anzusehen ist.

Ovarialkarzinom - Perityphlitischer Abszeß

Fall 48: P.L., 80 J.

Krankenblatt Nr. 2033/64, Menarche mit 15, Menopause mit 48 Jahren.

Anamnese: Seit einem Jahr bestehen wechselnde Schmerzen im Unterbauch, seit einer Woche erhöhte Temperaturen. In der letzten Nacht wurden die Schmerzen besonders heftig und strahlten bis in die Blase hinein aus. Gewichtsverlust von 5 kg innerhalb des letzten Jahres. BSG am Tage der Aufnahme 80/115 mm.

Gynäkologische Untersuchung: Senil-atrophische Vagina, Portio glatt, Uterus atrophisch-klein, in Streckstellung, mobil. Rechte Adnexe frauenfaustgroß, glattwandig und sehr druckempfindlich.

Zystoskopie: Unauffällig.

Diagnose: Wahrscheinlich stielgedrehtes Ovarialkarzinom.

Operationsbefund: Der getastete Tumor besteht aus einem Konglomerat von rechten Adnexen, Zöcum und Appendix. Das rechte Ovar sitzt der auf etwa Fingerstärke aufgetriebenen stark entzündlich veränderten Tube kranial und lateral auf und ist mit dem Zöcum entzündlich fest verbacken. Es handelt sich demnach um einen perityphlitischen Abszess mit chronisch entzündlichem Adnextumor und lokalisierter Peritonitis des kleinen Beckens.

In beiden Fällen scheint das fortgeschrittene Alter der Patientinnen entscheidend zur Fehldiagnose eines

Ovarialkarzinoms beigetragen zu haben, obwohl beide deutliche Symptome eines entzündlichen Prozesses zeigen. Dies trifft besonders für Fall 47 zu. Der Fall erscheint jedoch in einem ganz anderen Licht, wenn man erfährt, daß gerade diese Patientin vom Chirurgen zur Behandlung einer von ihm vermuteten gynäkologischen Erkrankung überwiesen wurde.

K a r z i n o i d d e r A p p e n d i x

Das Karzinoid der Appendix wird überwiegend bei jungen Patientinnen beobachtet und kann sich bisweilen in einer nach einem entzündlichen Schub obliterierten Appendix entwickeln (ZOLLINGER). Es wird im Gegensatz zu dem meistens bei älteren Männern auftretenden malignen Dünndarmkarzineid als semimaligner Tumor bezeichnet, der zwar infiltrativ und destruktiv wächst, jedoch nur äußerst selten in andere Organe metastasiert.

Das histologische Bild wird durch protoplasmaarme Zellstränge bestimmt, die eine starke Neigung zur Verfettung zeigen und nach Anfärbung mit Silbersalzen eine charakteristische Anfärbung mit metallischem Silber erkennen lassen (LAX).

Als Leitsymptom des Karzinoidsyndroms gilt der anfallsweise Flush des Oberkörpers und des Gesichtes, der mit Fieber, Brechreiz, Durchfällen und asthmatischen Zuständen einhergehen kann und ebenso wie die vermehrt auftretenden Nagenzulzera und die von HEDINGER beschriebene Endokardfibrose der Trikuspidalis auf eine gesteigerte Serotoninproduktion durch die Tumorzellen zurückgeführt wird. Man findet jedoch gerade bei dem Karzinoid der Appendix nur selten das voll ausgeprägte Krankheitsbild vor, so daß seine Entdeckung immer noch weitgehend dem Zufall überlassen bleibt.

Adnexitis, Appendizitis - Karzinoid der Appendix

Fall 49: L.C., 18 J.

Krankenblatt Nr. 3372/63, Menarche mit 11 J., Menses unregelmäßig 14-28/5 Tage, letzte Regel vor 2 Tagen.

Anamnese: Die Patientin befindet sich seit etwa einem Jahr in gynäkologischer Behandlung wegen adnexitischer Beschwerden. Seit einigen Wochen bestehen Schmerzen im rechten Unterbauch, die besonders bei körperlicher Arbeit zunehmen.

Klinische Untersuchung: Bauchdecken straff, Oberbauch nicht druckempfindlich. Dagegen im rechten Unterbauch Druckschmerz, jedoch kein Loslaßschmerz. Keine Schmerzen am McBurneyschen Punkt.

Gynäkologischer Befund: Uterus normal groß, mobil. Die rechte Adnexengegend ist etwas verdickt und druckempfindlich.

Laparoskopie: Kein Anhalt für die geschilderten Beschwerden.

Retrograder Kontrasteinlauf: Kein Anhalt für einen pathologischen Prozeß im Bereich des Dickdarms, jedoch fehlende Füllung der Appendix.

Diagnose: Appendizitis bei fraglicher Adnexitis.

Operationsbefund: Leicht entzündlich veränderte Appendix, das innere Genitale ist unauffällig.

Histologie: Karzinoid der Appendixspitze.

Die Beschwerden der letzten Patientin waren für ein Karzinoid so wenig typisch, daß man kaum von einer Fehldiagnose sprechen kann, zumal die Appendix als wahrscheinlicher Krankheitsherd angesehen wurde. Fall 49 wurde daher in diesem Zusammenhang in erster Linie wegen seines allgemeinen Interesses angeführt.

D i v e r t i k u l i t i s

Dickdarmdivertikel können vor allem im Sigma jenseits des 40. Lebensjahres in etwa 20% aller Menschen nachgewiesen werden (REIFFERSCHIED). Entwickeln sich die Schleimhautaussackungen nur in der Darmwand, so werden sie als unkomplette Divertikel bezeichnet; wölben sie hingegen die gesamte Darmwand sackartig vor oder treten sie als Schleimhauthernien durch die Darmwand hindurch, so spricht man von kompletten Divertikeln.

Je enger der Divertikeleingang, um so größer wird die

Abflußstörung und die Gefahr der Entzündung, die zur Ausbildung tumoröser Wandphlegmonen und Darmstenosen führen kann. Differentialdiagnostisch lassen sich diese Veränderungen nur sehr schwer von einem Dickdarmkarzinom unterscheiden.

Während die Divertikulose häufig unbemerkt bleibt, kann die Divertikulitis unter dem Bild eines akuten Bauches verlaufen und eine ähnliche, allerdings im linken Unterbauch lokalisierte Symptomatik wie die akute Appendizitis entwickeln. Schreitet der Entzündungsprozeß fort, so können ganze Darmabschnitte gangränös werden und schließlich in die benachbarten Organe penetrieren. Die Perforation in die freie Bauchhöhle mit Entwicklung einer diffusen Peritonitis wird im Vergleich zur perforierten Appendizitis weit seltener beobachtet.

Die Verdachtsdiagnose einer Divertikulitis ergibt sich zunächst aus der entzündlichen Symptomatik des Geschehens und einer nicht selten tastbaren druckschmerzhaften Walze längs der linken Beckenschaufel. Ihre Bestätigung liefert in der Regel das Röntgenbild, wenn auf diesem nach Abfluß des Kontrastbreis noch rundliche bis ovale Kontrastmittelreste nachweisbar sind, die aus den Divertikeln nur verzögert ablaufen können.

Ovarialtumor - Sigmadivertikulitis

Fall 50: B.W., 54 J.

Krankenblatt Nr. 4058/64, Menarche mit 15, Menopause mit 49 Jahren. 4 Geburten, Kürettage vor 13 Jahren.

Anamnese: Seit 4 Monaten bestehen heftige Schmerzen im ganzen Unterbauch, die rechts etwas stärker ausgeprägt sind. In der letzten Zeit Zunahme des Leibesumfanges besonders auf der rechten Seite. BSG 40/70 mm.

Gynäkologische Untersuchung: Adipositas per magna, Abdomen weich, etwas weißlicher Fluor. Uterus senil-atrophisch, derb. Rechte Adnexe frei; links ist der untere Pol eines druckschmerzhaften, etwa apfelgroßen, wenig beweglichen Tumors zu tasten.

Zystoskopie: Leichte Trigonumzystitis, sonst unauffälliger Befund.

Diagnose: Verdacht eines Ovarialtumors.

Operationsbefund: Uterus und beide Adnexe makrosko-

pisch unauffällig, etwas atrophisch. Der vor der Op. gestastete Tumor erweist sich als eine schwere, eitrig einschmelzende Divertikulitis im Bereich des mittleren Sigmaabschnittes.

Auch in diesem Fall fehlen, abgesehen von der Zystoskopie, alle Zusatzuntersuchungen, mit deren Hilfe der Ovarialtumor mit einiger Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen und der Sigmoidprozeß aufgedeckt worden wäre. Diese Information wäre insofern wichtig gewesen, als sie die Überweisung der Patientin auf eine chirurgische Fachabteilung zur Folge gehabt hätte.

D a r m k o n v o l u t i m k l e i n e n B e c k e n

Entzündliche Vorgänge im Bereich der Adnexe führen nicht selten zu erheblichen Verlagerungen und Fixationen von Darmanteilen in das kleine Becken. Dadurch entstehen bisweilen ausgedehnte Konglomerattumoren, die infolge ihrer unterschiedlichen Konsistenz und ihrer Verdrängungserscheinungen leicht als tumoröse Neubildungen fehlgedeutet werden können.

In selteneren Fällen findet man auch, ohne daß eine entzündliche Vorgeschichte vorgelegen hätte, Darmanteile im kleinen Becken, wenn die Patientin an einer meist konstitutionell bedingten Enteroptose ihrer inneren Organe, an einem Megacolon congenitum oder an der HIRSCHSPRUNGSCHEN Krankheit leidet. Zahlenmäßig treten diese Fälle jedoch weit hinter den Konglomerattumoren mit entzündlich fixierten Darmanteilen zurück.

Die Diagnose ist wegen der uncharakteristischen Symptomatik oft nicht leicht zu treffen und kann nur mit Hilfe einer ausführlichen Anamnese und Röntgenuntersuchung gestellt werden.

Uterus myomatosus - Herabgesunkenes Darmkonvolut

Fall 51: K.A., 48 J.

Krankenblatt Nr. 800/63, Menarche mit 14 J., Menses 30/3-4 Tage, letzte Periode vor 24 Tagen, 1 Fehlgeburt.

Anamnese: Vor 2 und 4 Wochen plötzlich auftretender, akuter Bauchschmerz, der etwa 20 Minuten andauerte. Daraufhin Feststellung eines Uterus myomatosus. Seit 4 Monaten unregelmäßige Blutungen.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus über doppelmannsfaustgroß, Adnexe nicht sicher beurteilbar.

Diagnose: Uterus myomatosus.

Operationsbefund: Der Zugang zum kleinen Becken ist durch breite Adhäsionen verlegt. Zökum und Ileum sind weit in das kleine Becken herabgesunken. Dabei hat sich die Ileumschlinge um 180° nach vorn gedreht und ist in Douglas mit der rechten Sektosalpinx fest verwachsen. Ebenso ist das Sigma mit dem rechten Ovar breit und fest verbacken. Der Uterus zeigt vereinzelte kleine Myomknötchen. Der zuvor getastete Tumor wurde jedoch durch das adhärenzte Darmkonvolut hervorgerufen.

Dieser Fall wurde als Ergänzung früherer ähnlicher Beispiele angeführt und unterstreicht einmal mehr, daß gerade solche Diagnosen, die sich dem Untersucher als besonders wahrscheinlich aufdrängen, eine genaue und kritische Betrachtung verlangen.

S i g m a - R e k t u m - K a r z i n o m

Sigma- und Rektum-Karzinome sind die häufigsten Dickdarmkrebse und verdienen wegen ihrer engen Nachbarschaft zum weiblichen Genitale das besondere Interesse des Gynäkologen. Ihre rechtzeitige Erkennung ist von entscheidender Bedeutung, da sie nicht nur eine spezielle Operationstechnik und Operationserfahrung verlangen, sondern auch, weil viele dieser Karzinome im fortgeschrittenen Stadium nicht mehr operationsfähig sind und nur noch, solange das Darmlumen noch durchgängig ist, durch eine geeignete Bestrahlung behandelt werden können.

Es gilt heute schon als eine Selbstverständlichkeit, daß jeder operativ tätige Gynäkologe die gesamte Bauchchirurgie beherrschen muß; dennoch sollte er diese Fä-

le ausnahmslos dem Chirurgen überlassen. Zu fordern bleibt jedoch die genaue Kenntnis ihrer Symptomatik und das ständige Bemühen um eine möglichst frühzeitige und exakte Diagnose.

Das Dickdarmkarzinom tritt bevorzugt im 5. bis 7. Dezennium auf. Es hat eine vorwiegend drüsenbildende Natur und wird oft erst in seinem Endstadium entdeckt, wenn es durch Stenosierung des Darmlumens zu einer Blockierung der Darmpassage geführt hat.

Früherscheinungen, die an ein Karzinom des Dickdarms denken lassen müssen, sind Obstipationsbeschwerden, die von plötzlichen Durchfällen gefolgt werden, Schmerzen im Unterbauch, Gewichtsverlust, Leistungsschwäche sowie Blut- und Schleimabgänge. Hyperperistaltik und Meteorismus gelten ebenso wie ileusartige Zustände, die besonders bei Karzinomen des Rektosigmoids auftreten, als relativ späte Symptome.

Diese anamnestischen Hinweise müssen den Untersucher sofort veranlassen, eine digitale Austastung des Rektum, eine Rektoskopie bzw. Sigmoidoskopie durchzuführen, die in 90% der Fälle zu einer Abklärung des Krankheitsgeschehens führen (STELZNER). Die endgültige Diagnose ermöglicht in der Regel der retrograde Kontrasteinlauf, der je nach Lage des Tumors durch Prallfüllung, Reliefdarstellung der Darmwand und anschließende Luftfüllung des Darms modifiziert werden kann.

Adnextumor - Sigmakarzinom

Fall 52: H.L., 57 J.

Krankenblatt Nr. 2523/67, Menarche mit 16, Menopause mit 40 Jahren. 1 Geburt, 1 Fehlgeburt.

Anamnese: Seit 3 Monaten starke stechende Schmerzen im rechten Unterbauch und Obstipationsbeschwerden. BSG 50/70 mm.

Gynäkologische Untersuchung: Der Uterus geht rechtsseitig in einen etwa faustgroßen Tumor über. Im Bereich der linken Adnexe strangartige Verdickungen. Beiderseitiger, jedoch rechtsbetonter Druckschmerz, geringe Abwehrspannung.

i.v. Pyelogramm: Normale Ausscheidungsverhältnisse. Im kleinen Becken befindet sich ein gut abgrenzbarer,

nicht verkalkter Tumor. Starke Verdrängung der Blase nach rechts.

Diagnose: Entzündlicher Adnextumor.

Operationsbefund: Im kleinen Becken befindet sich ein großer Konglomerattumor aus Anteilen beider Adnexe, des Sigma, Zökum und Dünndarms. Die rechten Adnexe sind in einen rötlichen Tumor verwandelt und hängen fest mit dem Sigma zusammen, das in einem Bereich von 15 cm von einem stark stenosierend wachsenden Karzinom befallen ist.

Histologie: Schleimbildendes Sigmakarzinom mit übergreifenden Karzinomwucherungen auf den herangezogenen Konglomerattumor.

Ovarialkarzinom - Stenosierendes Sigmakarzinom

Fall 53: L.W., 59 J.

Krankenblatt Nr. 2538/62, Menarche mit 14, Menopause mit 41 Jahren.

Anamnese: Seit 8 Monaten Kreuz- und Unterbauchschmerzen, die in den letzten Tagen an Heftigkeit zunehmen. Gewichtsabnahme im letzten Jahr 10 kg. Fortschreitender Kräfteverfall und subfebrile Temperaturen.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus schlecht abgrenzbar von einem etwa faustgroßen, derb-höckrigen Tumor im Unterbauch.

Zystoskopie: Unauffällig.

Rektoskopie: Tubuseinführung bis in eine Höhe von 24 cm. In diesem Dickdarmbereich überall normale Schleimhautverhältnisse.

Diagnose: Ovarialkarzinom.

Operationsbefund: Uterus normal groß, derb, anteflektiert. Adnexe beiderseits unauffällig. Im oberen Abschnitt des Sigma besteht ein etwa apfelgroßer derber Tumor, in dessen Umgebung sich einige vergrößerte Lymphknoten befinden.

Histologie: Manschettenförmig entwickeltes, stenosierendes, ulzeriertes, papillär gebautes Adenokarzinom des Sigma ohne regionäre Lymphknotenmetastasen.

Ovarialtumor - Karzinom des Rektosigmoids

Fall 54: S.G., 35 J.

Krankenblatt Nr. 3294/65, Menarche mit 16 Jahren, Menses 28/3-4 Tage, Amenorrhoe seit 8 Monaten.

Anamnese: Seit 6 Wochen Schmerzen von wechselnder Stärke im Unterbauch.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus klein, in Streck- und Mittelstellung. Rechts neben und hinter ihm ein druckempfindlicher, faustgroßer, kleinknolliger Tumor. Linke Adnexe frei.

Zystoskopie: Linkes Ostium nach kranial verzogen, ansonsten normale Verhältnisse.

Diagnose: Ovarialtumor rechts.

Operationsbefund: Uterus normal groß, anteflektiert, Adnexe beiderseits unauffällig. Der im Douglas getastete Tumor gehört dem Rektosigmoid an. Der Darm ist hier auf fast Mannsfaustgröße aufgetrieben und mit der seitlichen Beckenwand verwachsen.

Histologie: Schleimbildendes Adenokarzinom.

Verdacht auf EU - Penetrierendes Sigmakarzinom

Fall 55: M.E., 35 J.

Krankenblatt Nr. 1971/62, Menarche mit 16 Jahren, Menses 28/4 Tage, letzte Regel vor 3 Tagen, schwächer als früher. Seit etwa einer Woche bestehen Schmerzen im Unterbauch und gelblicher Fluor. Mäßiger AZ und reduzierter EZ.

Anamnese: Die seit einer Woche bestehenden Schmerzen im Unterbauch haben sich seit 2 Tagen erheblich verstärkt und strahlen nun in den Rücken und in die Beine aus.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus etwas vergrößert und aufgelockert. Rechte Adnexe frei, linke Adnexe verdickt, druckempfindlich und weich. Verschiebeschmerz beim Anheben der Portio. Douglas frei.

Diagnose und Verlauf: Verdacht eines Tubarabortes links. Zunächst noch abwartend konservative Behandlung zum Ausschluß eines fraglichen entzündlichen Prozesses. Da die Schmerzen unverändert weiterbestanden, das Hb auf 47% absank und die Patientin am 12. Behandlungstag nach dem Stuhlgang plötzlich starke Schmerzen im Unterbauch mit Tachykardie und auffallender Blässe bekam, Entschluß zur Laparotomie trotz negativer Douglaspunktion.

Operationsbefund: Neben dem Uterus befindet sich ein gut faustgroßer Konglomerattumor, an den das Sigma herangezogen ist. Es zeigt sich, daß sich dieser Konglomerattumor aus einem mindestens gänseeigroßen Sigmatumor und einem ebenso großen Adnextumor zusammensetzt.

Histologie: Penetrierendes Sigmakarzinom mit Einbruch in das linke Parametrium und Metastasenaussaat auf die Uterusrückwand.

Die letzten Fälle, besonders aber Fall 54 und 55, veranschaulichen sehr deutlich, daß sich für das Auftreten eines Karzinoms nur ein ungefähres Prädispositionsalter angeben läßt, das in weiten Grenzen schwanken kann. Man sollte daher vermeiden, bestimmte Erkrankungen zu fest mit einem bestimmten Lebensalter zu verbinden, um sich den Blick auch für das Unwahrscheinliche, die Ausnahme von der Regel, offenzuhalten.

Die Krankengeschichten der letzten Fälle enthalten

manchen Hinweis für eine mögliche Darmerkrankung. Es fällt daher auf, daß in allen diesen Fällen, wahrscheinlich nicht zuletzt wegen des wenig fortgeschrittenen Alters der Patientinnen, nicht an einen solchen Prozeß gedacht wurde und daher in allen Fällen der retrograde Kontrasteinlauf und mit Ausnahme von Fall 53 auch die Rekto- bzw. Sigmoidoskopie fehlen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit das Krankheitsgeschehen aufgedeckt hätten.

Ovarialtumor - Rektumkarzinom

Fall 56: S.G., 35 J.

Krankenblatt Nr. 3294/65, Menarche mit 16 J., Menses 28/3-4 Tage. Amenorrhoe seit 8 Monaten. Guter EZ und AZ. BSG 13/18 mm.

Anamnese: Seit etwa 6 Wochen bestehen Schmerzen im Unterbauch, die in der letzten Zeit zugenommen haben.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus klein, in Streck- und Mittelstellung. Rechts neben und hinter ihm befindet sich ein faustgroßer, kleinknolliger, druckempfindlicher Tumor. Linke Adnexe frei.

Diagnose: Ovarialtumor rechts.

Operationsbefund: Der im Douglas getastete Tumor geht von dem Rektosigmoid aus. Der Darm ist hier mannsfaustgroß aufgetrieben und mit der rechten seitlichen Beckenwand verwachsen. Die Schnellschnittuntersuchung einer PE ergibt ein anepidermoides Plattenepithelkarzinom. Verlegung der Patientin auf die Chirurgie.

Ovarialtumor - Rektumkarzinom

Fall 57: G.H., 51 J.

Krankenblatt Nr. 2964/64, Menarche mit 14 Jahren. Unregelmäßige Perioden bis vor etwa einem Jahr. Danach Amenorrhoe bis vor einem Monat. Letzte Regel vor 6 Tagen. 4 Geburten. Vor 3 Jahren Portioplastik.

Anamnese: Kreuzschmerzen und andauernder Afterdruck seit 10 Tagen. Seit derselben Zeit Schmerzen in der Mitte des Unterbauches. Anfänglich blutiger Stuhlgang, der sich später wieder normalisierte.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus normal groß. Dahinter und mit diesem verwachsen ein apfelgroßer derber Tumor.

Zystoskopie: Bis auf eine Trigonumzystitis unauffälliger Befund.

Diagnose: Ovarialtumor.

Operationsbefund: Uterus normal groß. Das linke Ovar trägt eine taubeneigroße Zyste. Im oberen Abschnitt des

Rektum befindet sich ein faustgroßer Tumor, der mit seiner Umgebung fest verwachsen ist. Da es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um ein Karzinom des Dickdarms handelt, Schluß der Bauchhöhle, um die Operation dem Chirurgen zu überlassen.

Adnextumor - Rektumkarzinom

Fall 58: S.L., 44 J.

Krankenblatt Nr. 3662/62, Menarche mit 12 Jahren. Seit 9 Monaten unregelmäßige Menses und gelblicher Fluor. 4 Geburten.

Anamnese: Seit 9 Monaten Schmierblutungen aus der Vagina. Seit 5 Monaten schmerzhaftes Stuhlverhalten, Tenesmen, Blut- und Schleimabgänge aus dem Rektum. Daher vor 2 Monaten interne Behandlung in einem auswärtigen Haus. Dortige Untersuchungsergebnisse:

Rektoskopie: Ulzeröse Schleimhautveränderungen im Bereich des oberen Anteils der Ampulla recti und des Sigma bis in eine Höhe von 18 cm oberhalb des Sphinkter. Scharf begrenztes Ulkus an der ventralen Seite des Sigma.

Retrograder Kontrasteinlauf: Entzündlich irritierte Schleimhaut mit Verdacht kleiner Ulzerationen.

Gynäkologische Untersuchung: Uterus normal groß. Im Douglas befindet sich eine knapp daumenballengroße höckerige Resistenz, die in ihrem uterusnahen Bereich derbe, in ihrem rektumnahen Bereich mehr derb-teigige Konsistenz besitzt. Verdacht einer Endometriose, eines Neoplasma oder eines entzündlichen Prozesses. Daher Überweisung in die Frauenklinik zur Operation.

Diagnose: Adnextumor.

Operationsbefund: Der im kleinen Becken getastete faustgroße Tumor geht vom Rektum aus. Es handelt sich um ein Karzinom, das die Parametrien bereits infiltrativ durchwachsen hat.

Für die letzten 3 Fälle gelten die gleichen Anmerkungen, die zum Sigmakarzinom gemacht wurden. Auch hier fehlen, abgesehen von Fall 58, entscheidende diagnostische Untersuchungen, weil sich der Untersucher mit einer vorzeitig gefaßten Verdachtsdiagnose zufrieden gab, ohne diese durch eine adäquate Diagnostik zu objektivieren.

Während Fall 56 nur eine wenig charakteristische Symptomatik zeigt, hätte die Anamnese der beiden letzten Fälle eindringlich auf eine Darmerkrankung hinweisen müssen. In Fall 58 wurde zwar zunächst der richtige diagnostische Weg eingeschlagen; man versäumte jedoch, während

der Rektoskopie aus den verdächtigen Darmabschnitten einige Probeexzisionen für die histologische Untersuchung zu entnehmen, die unter Umständen die Fehldiagnose vermieden hätte.

Fehldiagnostizierte Erkrankungen der Niere, der Blase und des Retroperitonealraumes

In diesem Abschnitt sollen einige Fälle nachgetragen werden, die in der gynäkologischen Praxis relativ selten vorkommen und deswegen ein allgemeines Interesse beanspruchen.

Zystische Fehlbildungen der Niere können solitär oder multipel, einseitig oder doppelseitig auftreten. Bei der hereditären Form finden sich nicht selten auch in anderen Organen ähnliche Fehlbildungen. Zystennieren führen bisweilen zu einer erheblichen Vergrößerung der Nieren und geben sich meist erst während des 5. Lebensjahrzehnts durch schwere Harnblutungen und urämische Zustände zu erkennen, während sie in den früheren Lebensjahren weitgehend asymptomatisch bleiben. Die Diagnose erfolgt durch das i.v. Pyelogramm, das eine auffallende Dehnung und Verzerrung des Kelchsystems zeigt.

Blasenkarzinome werden bei Frauen im Vergleich zu den Männern recht selten beobachtet. Ihr Hauptsymptom ist wieder die Hämaturie, die mit verstärktem Harndrang und Pollakisurie verbunden sein kann. Sie werden in der Regel durch die Zystoskopie, bei der aus verdächtigen Bezirken immer eine PE vorgenommen werden sollte, und durch das Zystogramm diagnostiziert, das unter Umständen auch eine Aussage über die Ausdehnung des Karzinoms zulässt.

Retroperitoneale Tumoren treten dagegen bei Frauen

häufiger als bei Männern auf. Sie können zystischer oder solider Natur sein und zeigen in etwa der Hälfte der Fälle eine meist sarkomatöse Entartung (H.H. SCHMID). Die Krankheitserscheinungen dieser Tumoren, die zu den größten vorkommenden Geschwulsten zählen, sind wenig bezeichnend. Sie werden daher nicht selten mit den häufiger vorkommenden Ovarialtumoren verwechselt. Dies geschieht um so leichter, wenn die Geschwulste sehr tief sitzen und sich bei der rektalen oder vaginalen Untersuchung nicht vom Uterus trennen lassen.

Ovarialtumor - Zystenniere, Hydronephrose

Fall 59: P.E., 65 J.

Krankenblatt Nr. 1696/65. Menarche mit 13, Menopause mit 45 Jahren. Reduzierter AZ und EZ, BSG 35/55 mm.

Anamnese: Seit mehreren Jahren zunehmender Tumor, der sich bis in den Oberbauch entwickelt hat. Überweisung der Patientin von der Internen Abteilung zur Operation.

Gynäkologische Untersuchung: Lediglich Feststellung eines bis zum Rippenbogen reichenden, glatt begrenzten Tumors.

Retrograde Pyelographie: Auf der linken Seite gute Harnausscheidung. Auf der rechten Seite findet sich nach 8 cm ein totaler Stop. Kein Nachweis einer Harnausscheidung.

Diagnose: Riesiges Ovarialkystom.

Operationsbefund: Uterus senil-atrophisch. Die rechten und die linken Adnexe fehlen. Der gut doppelmannskopfgroße Tumor geht nicht vom Genitale aus, sondern liegt retroperitoneal und steht mit der rechten Niere in Verbindung. Die Punktion ergibt eine trüb-urinöse Flüssigkeit. Es handelt sich um eine große Zystenniere, deren Becken von einem großen Ausgußstein ausgefüllt ist und deutliche Zeichen einer Harnstauung trägt.

Korpuskarzinom mit Infiltration der Blase - Blasenkarzinom

Fall 60: U.H., 60 J.

Krankenblatt Nr. 1724/64, Menarche mit 15, Menopause mit 41 Jahren. 1 Geburt, 1 Fehlgeburt.

Anamnese: 60j. Patientin, die seit etwa 5 Monaten über eine zunehmende, jetzt etwa faustgroße, leicht druckschmerzhaft Resistenz im Unterbauch klagt. Seit der gleichen Zeit besteht eine Hämaturie und Pollakisurie bei verstärktem Harndrang.

Gynäkologische Untersuchung: Tumor im Unterbauch, der, soweit die Palpation eine Aussage zuläßt, vom Corpus uteri ausgeht und zu einer Infiltration der Blase geführt hat.

i.v. Pyelogramm: Beiderseitige Stauungsnieren und Stauungsureteren. Eine Beurteilung der Blase ist wegen fehlender Kontrastmittelfüllung nicht möglich.

Diagnose: Korpuskarzinom.

Operationsbefund: Der zuvor getastete Tumor geht nicht vom Corpus uteri, sondern von der Harnblase aus. Der Uterus und beide Adnexe sind atrophisch. Es stellt sich heraus, daß sich der Tumor vom Bereich der Urethra besonders nach vorne zu entwickelt hat. Ein weiterer Tumor sitzt rechts oberhalb des rechten Ostium.

Histologie: Blasenkarzinom von schleimhautbildendem Charakter.

Ovarialtumor - Retroperitoneal gelegener Tumor

Fall 61: N.H., 71 J.

Krankenblatt Nr. 3739/63, Menarche mit 16, Menopause mit 47 Jahren. 1 Geburt. Myomenukleation vor 19 Jahren.

Anamnese: Seit einer Woche plötzliche krampfartige Schmerzen im linken Rücken, die wellenförmig auftraten. Hämaturie und Leukozyturie. BSG 58/96 mm.

Gynäkologische Untersuchung: Portio schlecht einstellbar. Man tastet einen mannskopfgroßen kugeligen, gut beweglichen mittelständigen Tumor.

Zystoskopie: Hinterwand und Grundlinie des Trigonum leicht vorgewölbt. Ureterenwülste sehr prominent.

Diagnose: Ovarialtumor.

Operationsbefund: Erhebliche Verwachsungen des Grossen Netzes mit der Bauchwand. Es präsentiert sich ein gut kopfgroßer Tumor, der hinter dem Sigmoid liegt und das ganze Becken bis kurz unterhalb des Nabels ausfüllt. Es ist nicht sicher, woher der Tumor seinen Ausgang nimmt.

Auch die letzten Fälle sind wieder ein Beispiel dafür, daß sich Fehldiagnosen immer dann einstellen, wenn die Diagnostik zu oberflächlich und unscharf durchgeführt wurde.

Wenn in Fall 59 die retrograde Pyelographie bereits einen pathologischen Befund der ableitenden Harnwege ergeben hat, dann sollte man sich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln bemühen, diese Veränderungen weiter abzuklären. Es ist anzunehmen, daß das i.v. Pyelogramm,

das im Anschluß an die retrograde Pyelographie hätte durchgeführt werden müssen, die bestehenden Verhältnisse weitgehend aufgeklärt und damit die Fehldiagnose verhindert hätte.

Ähnlich liegen die Dinge in Fall 60. Hätte man hier wegen der fehlenden Kontrastmittelausscheidung in die Blase zusätzlich eine Zystoskopie oder ein Zystogramm durchgeführt, das allein schon wegen des Verdachtes einer Blaseninfiltration angezeigt gewesen wäre, so wäre das Blasenkarzinom sicher nicht übersehen worden.

Etwas schwieriger ist Fall 61 zu beurteilen, da es keine verlässlichen Untersuchungen zur Aufdeckung eines retroperitonealen Tumors gibt. Dennoch hätte man wegen der Ausdehnung des getasteten Tumors nicht auf den retrograden Kontrasteinlauf verzichten sollen, der unter Umständen einen gewissen Aufschluß über die Lokalisation der Geschwulst zugelassen hätte. Man darf jedoch annehmen, daß selbst dann der wahre Charakter des Tumors nicht erkannt worden wäre.

V. S C H L U S S

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit bestand darin, einige Ursachen für das Zustandekommen von Fehldiagnosen bei intraabdominellen gynäkologischen Erkrankungen aufzuzeigen und einen Beitrag zur Differentialdiagnostik dieser Erkrankungen zu liefern.

Zu diesem Zweck wurden die präoperativen Diagnosen den zugehörigen Operationsbefunden gegenübergestellt und der Versuch unternommen, eine nachträgliche Erklärung für die jeweilige Fehldiagnose zu finden. Dabei war es manchmal nicht ganz einfach, die Gedankengänge des Untersuchers nachzuvollziehen, da in dieser Untersuchung ausschließlich die in den Krankenblättern festgehaltenen Angaben zum Krankheitsgeschehen und Verlauf ausgewertet werden konnten.

Fehldiagnosen treten immer dann gehäuft auf, wenn die präoperative Diagnostik lückenhaft war und mit unzureichenden Mitteln durchgeführt wurde. Es ist daher möglich, je nachdem, wie intensiv und erschöpfend diese Bemühungen waren, die Fehldiagnosen nachträglich in vermeidbare und nicht vermeidbare Fehlschlüsse einzuteilen.

Es wurden zahlreiche Beispiele angeführt, die trotz sorgfältigster und gewissenhaftester diagnostischer Untersuchungen vor der Operation nicht erkannt worden sind. Diese Fehldiagnosen sind zwar bedauerlich, sie werden sich aber nie ganz vermeiden lassen.

In der Mehrzahl der angeführten Beispiele konnten jedoch oft mehrere Ursachen für das Zustandekommen der Fehldiagnosen verantwortlich gemacht werden, so daß diese vermutlich unter günstigeren diagnostischen Bedingungen vermeidbar gewesen wären. Diesen Fehldiagnosen galt das besondere Interesse dieser Arbeit. Es bleibt zu hoffen, daß die Verdeutlichung ihrer Entstehungsursachen zusammen mit der Fortentwicklung der Untersuchungstechniken und diagnostischen Möglichkeiten ihre Zahl künftig weiter einschränken wird.

VI. Z U S A M M E N F A S S U N G

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit den Ursachen und Hintergründen gynäkologischer Fehldiagnosen bei intraabdominalen Erkrankungen. Die Untersuchung stützt sich auf das Laparotomiegut der Frauenklinik der Freien Universität Berlin (Städtische Frauenklinik Charlottenburg) in der Zeit vom 1.1.1962 bis zum 31.12.1967 und stellt das Ergebnis eines kritischen Vergleichs der präoperativ gestellten Diagnose mit dem per laparotomiam erhobenen Befund dar.

In dieser Zeit wurden insgesamt 1585 Laparotomien durchgeführt, von denen 167, das sind 10,53% der durchgeführten Laparotomien, eine Fehldiagnose ergaben.

Diese Fehldiagnosen werden in genitale und extragenitale Fehldiagnosen unterschieden und in getrennten Abschnitten besprochen.

Der eigentlichen Untersuchung ist ein kurzer Abriss über die allgemeine Symptomatologie und die klinischen Untersuchungsmethoden der abdominalen gynäkologischen Erkrankungen vorausgeschickt.

Die Besprechung der Fehldiagnosen gliedert sich jeweils in einen differentialdiagnostischen Teil, in dem die zu besprechenden Krankheitsbilder näher charakterisiert werden, und einen kasuistischen Teil, in dem die wahrscheinlichen Ursachen der einzelnen Fehldiagnosen dargelegt werden.

Die genitalen Fehldiagnosen werden weiter unterteilt in solche des Uterus myomatosus, der Ovarialtumoren, der entzündlichen Adnextumoren und der extrauterinen Gravidität. In einem weiteren Abschnitt werden 18 Fälle zusammengefaßt, bei denen zwar bei der Laparotomie der Tastbefund bestätigt, jedoch statt der angenommenen gutartigen Veränderung ein Malignom aufgefunden wurde.

Am häufigsten wurden die Ovarialtumoren mit 94 Fäl-

len, das sind bei einem Gesamtoperationsgut von 553 Ovarialtumoren 16,9%, sowie der Uterus myomatosus mit 54 Fällen von 532 operierten Fällen, das sind 10,6%, fehldiagnostiziert.

Die extragenitalen Fehldiagnosen werden weiter gegliedert in fehldiagnostizierte Hämatome, Konglomeratumoren, Erkrankungen des Großen Netzes, des Magen-Darm-Traktes, der Niere, der Blase und des Retroperitonealraumes.

Hier stehen bei weitem die Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes im Vordergrund, von denen das Sigmakarzinom mit 6 und das Rektumkarzinom mit 3 Fällen besonders erwähnt werden sollen.

VII. L I T E R A T U R N A C H W E I S

- Abel: Die Adnexerkrankungen und die Appendizitis beim Weibe. Enslin Verlag, Berlin 1931
- Abelin: Bauchdeckenhämatome. Zbl.Gyn. 1930, S.535
- Abraham: Über einen Riesenmyomkomplex mit unerkannt gebliebener Gravidität mens 4. Zbl.Gyn. 1937, S.399
- Albert: Neubildungen der Eileiter. In: Seitz-Amreich, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd.V(1953) Vlg. Urban & Schwarzenberg
- Albrecht: Karzinom des Colon ascendens. Monatsschr. der Geburtshilfe 58 (1922), S.88
- Derselbe: Ergebnisse der Myomstatistik. In: Biol. u. Pathol. des Weibes, Bd.IV (1928), S.194
- Bauereisen: Hämatom der Rektusscheide. Zbl.Gyn. 1921, S.396
- Bäumgartner: Die Appendix. In: Hellner-Nissen-Voss-schulte, Lehrbuch der Chirurgie, S.693 G. Thieme Verlag, Stuttgart 1964
- Bayle, Glinn: Berichtet nach H. Albrecht in: Biol. und Pathol. des Weibes, Bd.IV (1928), S.194
- Boerma: Ovarialtumor mit Stieldrehung - Dünndarmmyom. Zbl.Gyn. Nr.27 (1929), S.1717
- Brandstetter: Zur DD von Eierstockgeschwulsten und Sigmatumoren im Rö.Bild. Wiener Med.Wschr. 108, S.843
- Bruntsch: Über Fehldiagnosen in der Gynäkologie, die sich aus krankhaften Veränderungen des Darms ergeben können. Med.Klin. 1957, S.11
- Conrad: Diagnostischer und therapeutischer Wert der Douglaspunktion. Zbl.Gyn. 1928, S.2877
- Dietel: Die Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane. In: Biol. u. Pathol. des Weibes, Bd.V (1953), S.110
- Dörr: Fehldiagnosen in der Gynäkologie... Münch. Med. Wschr. 1957, S.1668
- Ducnings: Berichtet nach Essen-Möller, siehe dort.

- Engelmann: Wie kann die Stellung der DD zwischen Appendizitis und weiblichen Unterleibserkrankungen gebessert werden... Münch.Med.Wschr. 1930, S.1441
- Essen-Möller: Erfahrungen bei 1000 Laparotomien wegen Uterus myomatosus. Surg.Gyn.and Obstetr. 46 (1928), S.187
- Foges: Diagnostik der Flexurkarzinome. Zbl.Gyn. 1916, Nr.5, S.109
- Grünberger: Fehldiagnosen in der Gynäkologie. Wiener Klin.Wschr. 1958, S.207
- Gerich: Zur Kasuistik der Riesenmyome. Zbl.Gyn. 1929, S.1652
- Haselhorst: Die ektopische Schwangerschaft. In: Biol. u. Pathol. d. Weibes, Bd.VIV (1953), S.625
- Hirsch: Gynäkologische Fehldiagnosen. Zbl.Gyn. 1933, S.2323
- Heynemann: Die Douglasspunktion. In: Biol. u. Pathol. d. Weibes, Bd. V (1953), S.53
- Derselbe: Klinik und Behandlung der Uterus-Myome. In: Biol. u. Pathol. d. Weibes, Bd. IV (1955), S.345
- Derselbe: Entzündung der Adnexe. In: Biol. u. Pathol. d. Weibes, Bd.V (1953), S.20
- Hofmann: Nierenzyste. Münch.Med.Wschr. 1928, Nr.30, S.1313
- Hornung: 3 fehlgedeutene Flexurkarzinome. Zbl. 1930, Nr.54, S.2415
- v. Jaschke: Therapeutische Irrtümer und ihre Vermeidung. G. Thieme Verlag, Stuttgart 1929
- Derselbe: Zur DD gynäkologischer Erkrankungen gegenüber der Appendizitis und anderer chirurgischer Erkrankungen. Der Chirurg, 1.Jg. 1929, S.521
- Kastendieck: Fehldiagnosen der Ovarialtumoren. Zschr. der Geburtsh. u. Gyn. 126 (1944), S.291
- Kovac: Netztumoren. Zbl.Gyn. 1935, S.2906
- Kraatz, Darmchirurgie in der Gynäkologie. Zbl.Gyn. 1949, S.38

- Kräubig: Zur DD der Adnexerkrankungen, Appendizitis und Pyelitis. Med.Klin. 1957, S.15
- Küstner: Myom und Schwangerschaft. Zbl.Gyn. 1933, S.853
- H.
- Derselbe: Urologische Erkrankungen unter dem Bilde gynäkologischer Leiden. Zbl.Gyn. 1930, S.2521
- Derselbe: Ovarialtumor - Dermoid des Zökum. Arch.Gynäk. 144 (1931), S.607
- Derselbe: Ovarialtumor und Gravidität, Hydronephrose und Grav.mens 5. Zbl.Gyn. 1930, S.2521
- Küstner, O.: Zur Geschichte der bimanuellen Tastung. Zbl.Gyn. 1931, S.2095
- Latzko: EU und Flexurkarzinom. Zbl.Gyn. 1916, S.109
- Lax: Stoeckels Lehrbuch der Gynäkologie. S. Hirzel Verlag, Leipzig 1967
- Lerch: 3 Darmkarzinome mit Einbruch in den Douglas. Zbl.Chir. 1933, S.616
- Lessing: Ovarialkarzinom und Flexurkarzinom bei Grav. mens 6. Arch.Gynäk. 116 (1923), S.621
- Liegner: Pyometra und Diabetes. Monatsschr.f. Geburtsh. 21 (1932), S.91
- Marcus: Verdacht auf EU - retroperitonealer Tumor. Zbl.Gyn. 1931, S.1031
- Micholitsch: Fehldiagnosen: Ein Beitrag zur gynäkologischen Diagnostik. Zbl.Gyn. 1930, S.3024
- v. Mikulicz-Radecki: Die Appendizitis beim Weibe, mit ihren Folgezuständen für die Genitalorgane. Biol. u. Pathol. d.Weibes, Bd.VI (1954), S.727
- Derselbe: Zur richtigen und rechtzeitigen Erkennung einer Tubenruptur und eines Tubarabortes. Med.Klin. 1956, S.329
- Derselbe: Darmkarzinom mit Einbruch in die Blase. Zbl.Gyn. 1933, S.1902
- Derselbe: Beziehungen zwischen Verdauungstrakt und weiblichen Genitalorganen. In: Biol. u. Pathol. d. Weibes, Bd.VI (1953), S.682
- Mittelstrass: Genese und Anatomie der Uterus-Myome. In: Biol. u. Pathol. d. Weibes, Bd.IV, (1955), S.289

- Moore: Karzinoid der Appendix. Brit. J. Surg. 26, 1938, S.303
- Müller: Voluminöses Dickdarmmyom. Zbl.Gyn. 1927, S.3159
- Navratil: Häufige Fehldiagnosen in der Gynäkologie. Med. Klin. 1957, S.1
- Neller: Zur DD der Akuten Adnexitis und Appendizitis. Zbl.Gyn. 1931, S.205
- Neumann: 7 Darmkarzinome operiert unter dem Verdacht eines entzündlichen Adnextumors. Zbl.Gyn. 1956, S.988
- Niewalda: Retroperitonealer Misch tumor der Nierenkapsel. Zbl.Gyn. 1954, S.1157
- Nissen: In: Lehrbuch der Chirurgie (Hellner, Nissen u. Vosschulte). G. Thieme Verlag, Stuttgart 1964, S.618
- Papanicolaou: Berichtet nach Stoeckels Lehrbuch der Gynäkologie, S. Hirzel Verlag, Leipzig 1967, S.529
- Penkert: Welchen gynäkologischen Fehldiagnosen begegnet man öfter ? Zschr. f. ärztl.Fortbild. 34 (1937), S.251
- Pinlachs: Zeichen für die Unterscheidung zwischen akuter Appendizitis und Adnexitis. Zbl.Chir. Nr.32 (1940)
- Posatti: Erkrankungen der Bauchdecken. In: Biol. u. Pathol. d. Weibes, Bd.VI (1954), S.652
- Pschyrembel: Lehrbuch der Gynäkologie. De Gruyter Verlag 1966
- Reifferscheid: Diagnostische und therapeutische Irrtümer in der Gynäkologie. G. Thieme Verlag, Leipzig 1921
- Richter: Verdacht solider Ovarialtumoren - Dünndarmsarkom. Zbl.Gyn. 1927, S.1401
- Ruge: Tubenkarzinom. Arch.Gynäk. 106 (1916), S.207
- Schellenberg: Die DD der Riesentumoren in der Bauchhöhle. Zschr.f.Geburtsh. u.Gyn. 106 (1933), S.11
- Schmid, H.H.: Bauchgeschwulste in Beziehung zu den weiblichen Geschlechtsorganen. Ber.ü.d.ges. Gyn. 30 (1936), S.1

- Schmid, H. H.: Ovarialtumor - herabgesunkenes Colon transversum. Med.Klin. 1922, S.1477
- Derselbe: Irrwege der Gynäkologie. Med.Klin. 1957, S.14
- Derselbe: Tumorbildung im Abdomen. Arch.Gynäk. 118 (1923), S.498
- Derselbe: Klinik der Eierstockgeschwulste. In: Biol. u. Pathol. d. Weibes, Bd.V (1953), S.628
- Schmid, H.: Zur DD von Bauchgeschwülsten. Inaug.-Diss. Rostock 1951
- Schmieden: Das Coecum mobile als Krankheitsursache. Arch.Klin.Chir. 135 (1929), S.525
- Schreiber: A study of diagnostic errors in four years of admission to a gynecological service. Ber.ü.d.ges.Gyn. 30 (1936), S.566
- Schröder: Spontanruptur und Hämatom des M. rectus. Zbl.Gyn. 1929, S.1320
- Schultze: Zur Palpation der Beckenorgane. Wiener Med. Blätter 1885, Nr.45
- Stelzner: S.705 aus Hellner-Nissen-Vossschulte, Lehrbuch der Chirurgie (1964)
- Stingel: Fehldiagnosen in der Geburtshilfe. Med. Welt 1962, S.2552
- Derselbe: Seltene Ursachen und Befunde bei akutem Abdomen. Med.Klin. 1957, S.9
- Stoeckel: Lehrbuch der Gynäkologie. S. Hirzel Verlag, Leipzig 1967
- Derselbe: Gynäkologische Fehldiagnosen durch Darm und Netz. Münch.Med.Wschr. 30 (1933), S.13
- Terada: Berichtet nach Essen-Möller, Erfahrungen bei 1000 Laparotomien wegen Uterus myomatosus. Surg. Gyn. and Obstetr. 46 (1928), S.187
- Traut: Berichtet nach Stoeckels Lehrbuch der Gynäkologie, S. Hirzel Verlag, Leipzig 1967, S.529
- Tscherne: Fehldiagnose "Adnexentzündung". Med.Klin. 1947, S.1

- Übermuth: Chirurgisch-gynäkologische Grenzfragen.
G. Thieme Verlag, Leipzig 1950
- Ulm: Ein als Ovarialtumor imponierendes Magenneurinom.
Zschr.f.Geb.u.Gyn. 155 (1960), S.368
- Veit: Gynäkologische Diagnostik. Enke Verlag 1890
- Velpeau: Berichtet nach O. Küstner, Zur Geschichte der
bimanuellen Tastung. Zbl.Gyn. 1931, S.2095
- Wagner: Gynäkologische Fehldiagnosen. Zbl.Gyn. 1933,
S.2324
- Derselbe: Chronische Appendizitis und Adnexerkrankungen.
Med. Welt 1938, S.1565
- v. Werlhof: Intraligamentäre Ovarialtumoren. Diss. Ber-
lin 1937
- Winkler: Allgemeine Symptomatologie und gynäkologische
Untersuchungslehre. In: Biol. u. Pathol.
d. Weibes, Bd.II S.381
- Wofrig: Hochgradige abdominelle Blutung aus einem Ute-
rus myomatosus bei Grav. mens VIII.
Zbl.Gyn. 1939, S.800
- Zollinger: Spezielle Pathologie. G. Thieme Verlag, 1968

LEBENS LAUF

Am 15.8.1943 wurde ich, Horst Rüdiger Andrasch, als Sohn des Dr. med. Horst Andrasch und seiner Frau, Maria Andrasch geb. Harms, in Gera geboren.

Bis 1952 lebte ich in Stralsund, anschließend in Berlin, Kiel, Tübingen, Mülheim Ruhr und Wiesbaden, wo ich am 4.3.1963 auf der humanistischen Diltthey-schule mein Abitur machte.

Nach meinem Abitur besuchte ich 1963 das Leibniz-Kolleg der Universität Tübingen und begann 1964 das Studium der Medizin an der Universität Mainz. Im Anschluß an das Physikum ging ich 1966 für ein Semester an die Universität Wien und legte nach Famulaturen an der Hals-Nasen-Ohren-Klinik und II. Medizinischen Klinik der Universität Mainz (1967), am Falu Lasarett in Falun Schweden (1967), am Studium Doskolanenia Lekarzy in Warschau (1968) und an der Frauenklinik der Freien Universität Berlin (1968) am 21.8.1969 an der Freien Universität Berlin mein Staatsexamen ab.

Als Medizinalassistent arbeitete ich auf der I. Medizinischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (1969), auf der Chirurgischen Abteilung des St. Antonius-Hospitals in Kirchhellen (1970) und an der Frauenklinik der Freien Universität Berlin (1971).

Ich habe am 11.2.1970 das amerikanische ECFMG-Examen abgelegt und werde 1971 für ein Jahr als Intern an das Augustana-Hospital in Chicago gehen.

